LES AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES

PROFESSEUR A. FOURNIER



LES AFFECTIONS
PARASYPHILITIQUES

27514. — PARIS, IMPRIMERIE LAHURE
9, rue de Fleurus, 9.

LES AFFECTIONS

PARASYPHILITIQUES

PAR

ALFRED FOURNIER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.



PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1894



AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES

Messieurs,

Plus je vieillis dans l'étude de la syphilis, plus s'affermit en moi une conviction, de jour en jour renforcée par l'expérience, à savoir : que la syphilis n'est pas seulement coupable du groupe d'accidents — déjà cependant si étendu et si complexe — qu'on lui rattache d'un aveu unanime sous le nom d'accidents « spécifiques ». Très sûrement, elle *fait plus que cela*; elle fait, en outre, autre chose que cela. Pour moi, je tiens pour certain qu'indépendamment de ces accidents d'ordre incontestablement spécifique, de ces accidents spécifiques d'origine et de nature, elle est encore responsable de nombre d'autres manifestations morbides qui, pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques *d'origine*, syphilitiques d'origine

en ce sens qu'elles sont issues, nées de la syphilis, qu'elles se sont produites de son fait, sous son influence, voire qu'elles ne se seraient pas produites sans elle, suivant toute vraisemblance.

Conséquemment, les manifestations de cet ordre relèvent bien, elles aussi, de la syphilis; elles lui appartiennent, elles lui sont imputables ; elles ne sauraient être distraites de son dossier pathologique.

Pour le dire immédiatement, les manifestations syphilitiques de ce genre sont celles pour qui, de vieille date déjà, j'ai proposé l'épithète de *parasyphilitiques*, épithète que je leur conserverai dans ce qui va suivre. Ce néologisme, en effet, que je dois à un savant helléniste[1], spécifie bien, paraît-il, étymologiquement le caractère des accidents en question, dont le propre est de procéder originairement de la syphilis, sans être pour cela cependant syphilitiques de nature.

Or, ces accidents parasyphilitiques comportent cliniquement une importance et un intérêt que je n'hésite pas à qualifier de considérables.

Cette importance et cet intérêt relèvent des deux raisons que voici :

1° C'est, d'une part, que ces accidents sont nombreux, plus nombreux qu'on ne le suppose, qu'on

1. M. Eugène Benoist, professeur à la Faculté des lettres, membre de l'Institut, mort, aux regrets de tous, ces dernières années.

ne le croit encore. Déjà nous devons ranger dans leur cadre :

I. — Pour la syphilis acquise :

la syphilide pigmentaire;

l'hystéro-neurasthénie aiguë de la période secondaire;

les diverses manifestations neurasthéniques d'une étape plus avancée;

l'hystéro-syphilis ;

le tabes;

la paralysie générale;

une forme spéciale d'épilepsie ;

une forme spéciale d'atrophie musculaire.

II. — Et, pour la syphilis héréditaire :

de nombreux troubles dystrophiques généraux ou partiels : malformations organiques; — malformations dentaires notamment ; — arrêts ou retards du développement physique et intellectuel ; — infantilisme, voire nanisme peut-être ; — cachexie native, inaptitude native à la vie, etc., etc. ;

le rachitisme;

l'hydrocéphalie;

certains cas de méningite simple du jeune âge ;

peut-être bien certains cas d'épilepsie vraie;

sûrement, en tout cas, le tabes juvénile;

et la paralysie générale juvénile.

Sans compter que cette liste est bien probablement destinée, au train dont marchent les choses, à s'enrichir d'acquisitions nouvelles.

2° C'est, d'autre part, que les manifestations de

cet ordre comportent une gravité particulière en raison de ce grand fait sur lequel nous allons insister dans un instant, à savoir qu'elles ne sont pas influencées thérapeutiquement par les remèdes spécifiques à la façon des accidents syphilitiques proprement dits. Elles sont réfractaires à ces remèdes, chose presque inouïe dans la syphilis. Elles ne guérissent ni par le mercure, ni par l'iodure. Or, de cela vous préjugez les néfastes conséquences, alors qu'il peut s'agir et qu'il ne s'agit que trop souvent de déterminations morbides à pronostic hors de pair, telles, par exemple, que la paralysie générale et le tabes.

Aussi bien, pour les deux raisons qui précèdent, les affections parasyphilitiques composent-elles une part et une part importante, considérable, de l'entité morbide dite syphilis. A aucun titre et sous aucun prétexte on ne saurait les distraire du cadre de la syphilis, car c'est la syphilis qui leur sert de cause première et de facteur originel. C'est elle qui en est *responsable* étiologiquement. Elles se rattachent à la syphilis, dirai-je, comme les rameaux à la souche. Que penserait-on, pour prendre une comparaison par analogie, d'un pathologiste qui, ayant à décrire les états infectieux, exclurait de leur histoire les néphrites infectieuses? Que penserait-on d'une monographie de la scarlatine où l'auteur passerait sous silence les terminaisons urémiques, sous prétexte que ce ne sont plus là, à proprement parler, des accidents scarlatineux?

Une maladie, quelle qu'elle soit, est un ensemble morbide composé de *tous* les accidents qui peuvent surgir de son fait, à l'exclusion, bien entendu, des complications dûment étrangères qui viennent parfois se greffer sur elle.

Eh bien, appliquons à la syphilis cette vérité banale, et tout naturellement nous serons conduits à reconnaître ceci :

Que la syphilis ne se compose pas seulement de l'ordre d'accidents bien connus que l'évidence même a rangés dans son cadre et qui sont reliés entre eux par un caractère commun, caractère qu'on a prétendu même élever au rang de critérium distinctif, à savoir la *curabilité* sous l'influence de certains remèdes dits « spécifiques » ;

Qu'elle comporte, en outre, des accidents d'un autre ordre, qui, pour n'avoir plus ce qu'on a appelé l'allure, la physionomie spécifique, pour ne pas obéir, comme les précédents, à l'action du mercure ou de l'iodure, ne s'en rattachent pas moins à elle comme origine, comme cause première, et ne font pas moins partie intégrante de son bilan pathologique.

Or, ces derniers accidents sont précisément ceux auxquels nous avons donné le nom de *parasyphilitiques*, et dont je me propose d'entreprendre actuellement l'étude devant vous.

I

Deux caractères principaux établissent ou, disons mieux, semblent établir une ligne de démarcation bien tranchée entre les affections syphilitiques proprement dites et les affections parasyphilitiques.

I. — D'une part, en effet, les affections parasyphilitiques ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, tandis que les accidents syphilitiques proprement dits ne dérivent jamais que de la syphilis, reconnaissent toujours et fatalement la syphilis comme facteur originel. Pas de plaque muqueuse, par exemple, pas de gomme sans syphilis antérieure, acquise ou héréditaire. Tout au contraire, le tabes, la paralysie générale, la neurasthénie, l'hystérie, le rachitisme, l'infantilisme, les malformations natives, etc., que la syphilis s'approprie si fréquemment au titre de manifestations parasyphilitiques, peuvent également se produire en dehors et indépendamment de tout antécédent de syphilis, de toute tare syphilitique.

II. — D'autre part, les affections parasyphilitiques ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure de potassium comme le sont les affections syphilitiques vraies. C'est-à-dire que le mercure et l'iodure de potassium n'exercent pas sur elles,

comme sur les autres déterminations usuelles de la syphilis, cette action répressive et curative si manifeste, si intense, si rapide, qu'on a pu la donner (non sans exagération toutefois) comme un véritable critérium de spécificité syphilitique[1].

Aussi bien, Messieurs, avez-vous déjà, sans nul doute, préjugé les objections qui ne pouvaient

1. Toutefois, que l'on n'exagère pas ma pensée. Je ne dis pas que le mercure et l'iodure soient absolument et radicalement dépourvus de toute influence sur les affections parasyphilitiques; je dis simplement (ce qui est tout autre chose) qu'ils n'exercent pas sur elles une action comparable à celle qui leur est habituelle vis-à-vis des autres accidents de la diathèse, vis-à-vis des accidents syphilitiques vrais.

Deux choses, en effet, sont possibles en l'espèce.

Tantôt les agents dits spécifiques restent sans aucune influence sur les affections parasyphilitiques. — Ce cas, malheureusement, n'est que trop commun.

Tantôt, au contraire, ils peuvent agir sur elles, mais comment? D'une façon toujours très lente, traînante, très amoindrie par rapport à ce qu'elle est en des cas d'autre genre, au total toujours incomplète et insuffisante. Nulle comparaison à établir, à ce point de vue, par exemple entre l'influence thérapeutique que lesdits remèdes parviennent (et quelquefois seulement) à exercer sur le tabes et celle qui leur est usuelle vis-à-vis d'une exostose ou d'une gomme. Il y a un abîme de l'une à l'autre. On croirait vraiment (et telle est d'ailleurs peut-être la vérité) que, même dans les cas où ils aboutissent à modifier quelque peu les affections parasyphilitiques, ces remèdes n'agissent sur elles que d'une façon en quelque sorte *indirecte*, *médiate*, c'est-à-dire par l'entremise, par l'intermédiaire de la diathèse, ou, en autres termes, qu'ils ne les modifient qu'au prix d'une modification préalable à exercer sur la source morbide dont ils dérivent. Mais n'importe l'interprétation, les faits subsistent; et, je le répète, au point de vue qui nous intéresse pour l'instant, la clinique établit entre les résultats de la thérapeutique spécifique sur les affections syphilitiques proprement dites et les résultats de cette même thérapeutique sur les affections parasyphilitiques une différence formelle, profonde, considérable, qui ne saurait être méconnue.

manquer d'être formulées contre la doctrine des affections parasyphilitiques.

A ceux qui, au nom de la logique et de l'observation, s'efforcent de rattacher à la syphilis les manifestations de cet ordre, on a dit déjà et bien des fois : « Mais de telles manifestations n'ont rien à voir avec la syphilis ; ce ne sont pas là des produits de la syphilis. Et la preuve en est que, d'une part, on les rencontre souvent chez des sujets non entachés de syphilis, et que, d'autre part, elles ne guérissent ni par le mercure, ni par l'iodure. Donc, la syphilis n'y est pour rien, etc. ».

Telles sont, en effet, les deux objections auxquelles nous nous heurterons invariablement, à propos de chacun des types d'affections parasyphilitiques que nous rencontrerons dans l'exposé qui va suivre. Ces objections, j'aurai à les discuter en détail dans les divers chapitres qui constitueront cette étude. Je puis donc, quant à présent, me borner à y répondre d'une façon générale en disant ceci :

1° Que le fait, pour un symptôme ou un syndrome clinique, de se produire en dehors de la syphilis n'implique en rien que la syphilis ne soit pas capable de s'approprier ce symptôme ou ce syndrome et d'en faire, bien que banal, une manifestation à elle, une expression à elle. De cela, en vérité, la preuve est plus que facile à donner. Ne voyons-nous pas à tout moment la syphilis emprunter tel ou tel symptôme à la pathologie la plus

vulgaire, la moins spéciale, et se traduire, comme exemples, par de la fièvre, par des troubles de l'état général, par de l'anémie, de l'asthénie, de l'amaigrissement, de la cachexie, etc., comme aussi par des douleurs, des névralgies, des névroses n'ayant absolument rien de spécifique à cela près de leur origine? Et même, dirai-je encore, ne la voyons-nous pas quelquefois se traduire à la peau — oui, à la peau — par des types éruptifs tellement analogues, tellement identiques *de visu* à des types éruptifs vulgaires que le plus expert dermatologiste renonce à les différencier objectivement de ces derniers?

2° Que, de même, le fait de « ne pas guérir » par les agents dits antisyphilitiques n'implique en rien pour un symptôme, pour une lésion, la qualité non-syphilitique, la provenance non-syphilitique de ce symptôme ou de cette lésion.

A coup sûr les manifestations morbides qui composent la syphilis (telle du moins qu'on l'a comprise et décrite jusqu'à ce jour) ont pour caractère commun, à cela près de quelques rares exceptions, d'être amendées et guéries par le traitement spécifique. Mais, d'abord, il y a des exceptions à cette règle, à ce fait usuel. Que de fois n'avons-nous pas vu des lésions syphilitiques, le plus indubitablement syphilitiques, résister opiniâtrément et décidément soit au mercure, soit à l'iodure, et même conduire les malades soit à des infirmités irrémédiables, soit à la mort!

Puis, en second lieu et sans parler même de tels

cas, est-il donc une loi primordiale, est-il un décret providentiel qui enjoigne à tout ce qui est syphilitique de guérir par le mercure ou l'iodure? On dit vaguement et on se laisse aller par routine à répéter que « tout ce qui est syphilitique guérit par ces remèdes », comme aussi, réciproquement, que « tout ce qui ne guérit pas de leur fait n'est pas syphilitique ». Or, cette double croyance ne repose, à tout prendre, que sur un résultat d'observation qui, pour être usuel, ne comporte cependant rien de général ni d'absolu. La meilleure preuve en est qu'à ce fait d'observation (que nul ne songe à contester) nous sommes forcés d'en opposer un autre, dérivant également de l'observation, à savoir : que certains accidents, essentiellement communs chez les syphilitiques, ne guérissent ni par le mercure, ni par l'iodure. Eh bien, en quoi et de quelle façon le premier de ces deux faits pourrait-il impliquer la condamnation du second? Le second vaut bien le premier, puisque lui aussi dérive de la clinique. Force est donc d'accepter l'un et l'autre, bien qu'au premier abord ils puissent sembler contradictoires.

Contradictoires, ai-je dit. Le sont-ils bien d'ailleurs? N'est-il pas possible, n'est-il pas rationnellement admissible même que certains processus anatomiques de la syphilis soient de nature à pouvoir être thérapeutiquement influencés par le mercure et l'iodure, et que d'autres, différents de ceux-ci par je ne sais quel mystère de leur consti-

tution intime, ne soient plus accessibles à cette même action thérapeutique?

D'ailleurs, vous le savez, déjà une théorie de ce genre a pris place dans la science, et l'on a dit de par elle : « Les accidents usuels de la syphilis sont le produit d'un *microbe*; tandis que d'autres accidents possibles de la même maladie sont le résultat d'une *toxine* sécrétée par ce microbe ». Que vaut cette théorie, empruntée à d'autres maladies infectieuses (la diphtérie, par exemple) et transportée par analogie dans le domaine de la syphilis? C'est là, bien entendu, ce que je ne saurais déterminer. Mais toujours est-il, à nous tenir sur le terrain de la clinique, que le fait même dont ladite théorie prétend fournir l'interprétation subsiste, et subsiste incontestable, n'importe ce que vaille l'interprétation. Nous n'en sommes plus, je le répète, à pouvoir récuser ce résultat de la clinique d'après lequel certains accidents de la syphilis, en dépit de leurs attaches étiologiques avec cette maladie, restent réfractaires au traitement qui guérit la plupart des autres manifestations de la diathèse. Et cet insuccès du traitement spécifique ne saurait non plus être invoqué désormais comme une démonstration du caractère non spécifique de ces manifestations.

De cela, d'ailleurs, je vais immédiatement avoir l'occasion de vous fournir une preuve des plus saisissantes, des plus décisives, en vous décrivant la syphilide pigmentaire, par laquelle j'inaugurerai l'étude des affections parasyphilitiques.

II

SYPHILIDE PIGMENTAIRE.

Une détermination cutanée de la syphilis est, en vérité, merveilleusement faite pour la démonstration qui sera mon objectif dans la série de conférences qui vont suivre. On l'eût imaginée de toutes pièces pour les besoins de la thèse en question qu'assurément on n'eût pas mieux réussi.

Cette manifestation, qui, je le répète, siège à la peau, c'est la lésion connue actuellement sous les noms fort impropres (mais n'importe) de *syphilide pigmentaire*, de *syphilide maculeuse*, de *vitiligo* ou de *leucodermie* syphilitique, etc.

Or — notez bien ceci — personne ne refuse à ladite lésion le caractère syphilitique; personne ne met en doute sa provenance spécifique, c'est-à-dire les relations qui la rattachent à la syphilis comme un effet à sa cause. Et cependant, d'une part, c'est une lésion qui, à cela près de sa localisation habituelle, n'a rien que de banal; c'est une lésion comme en produisent fréquemment diverses causes morbides ou même physiologiques, les unes et les autres totalement étrangères à la syphilis; — et cependant, d'autre part, c'est une lésion qui, en dépit de son origine spécifique incontestable et incontestée, ne s'en montre pas moins, de l'aveu

commun, absolument réfractaire à l'action thérapeutique du mercure et de l'iodure. — Quelle meilleure et plus probante démonstration souhaiter en faveur de la doctrine des affections parasyphilitiques?

Mais n'anticipons pas sur ce qui doit suivre, et voyons d'abord quelle est cette lésion. — Bien entendu, je ne vous la décrirai pas dans tous ses détails; je ne l'envisagerai qu'au point de vue spécial qui nous intéresse pour l'instant.

Sous le nom de *syphilide pigmentaire* on désigne une manifestation syphilitique consistant en des bigarrures hyperchromiées, lesquelles se produisent sur la peau *sans avoir été précédées d'aucune autre éruption*, et lesquelles aussi, dans l'énorme majorité des cas, se localisent curieusement sur une région spéciale, à savoir sur le cou.

C'est là une manifestation que la syphilis ne détermine guère, réserve faite pour quelques exceptions, que dans sa période secondaire, et le plus souvent au cours de la première ou de la seconde année, rarement au delà.

C'est, de plus, une affection non pas exclusive à la femme, comme on l'avait cru tout d'abord, mais incomparablement plus commune chez la femme que chez l'homme[1].

1. Il y a quelques années encore, on la disait « rare », voire « exceptionnelle » chez l'homme. C'était là une erreur. Car, depuis que l'attention a été appelée sur ce curieux accident, les observa-

Ce qu'il importe de bien spécifier tout d'abord, c'est qu'elle se développe originairement sous la forme qui lui est propre, c'est qu'elle naît avec la modalité dermatologique qu'elle doit conserver plus tard et indéfiniment. En d'autres termes, elle ne consiste pas — comme certains auteurs l'ont prétendu bien à tort — en une affection pigmentaire consécutive, qui succéderait à une éruption d'autre nature, à la façon, par exemple, de ces maculatures noirâtres qui succèdent et survivent à certaines papules syphilitiques. Non ; c'est une affection pigmentaire *primitive*, une affection pigmentaire *d'emblée*, qui *naît pigmentaire*, comme elle doit le rester plus tard. Cela résulte, en toute évidence et au-dessus de toute discussion possible, de nombreux cas où l'on a eu l'occasion de la surprendre à son début même et de la suivre dans son développement progressif. Dans les cas de ce genre on a dûment constaté — et que de fois, pour ma part, ne l'ai-je pas constaté ! — que cette syphilide pigmentaire, d'une part, fait invasion pour son compte personnel, si je puis ainsi parler, sur une peau saine et indemne de toute éruption préalable, et, d'autre part, qu'elle se développe originairement, primitivement, dès ses premiers instants, sous forme de traînées macu-

tions de syphilide pigmentaire chez l'homme se sont singulièrement multipliées. A l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, de Maïeff l'a constatée 18 fois sur 448 syphilitiques. — V. Romalo, *Syphilide pigmentaire chez l'homme*, Thèses de Paris, 1885.

leuses et simplement maculeuses, sans association, sans mélange *in situ* d'aucun autre élément éruptif.

Née de la sorte, et cela sans prodromes, sans douleurs, sans le moindre symptôme local contemporain, elle s'étend ensuite et s'accentue d'une façon assez rapide. On peut la dire constituée et parvenue à son état adulte, définitif, en l'espace de deux à trois septénaires.

Examinée à cette époque, elle consiste en ceci : une série de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier les unes au voisinage des autres, s'anastomosant pour la plupart, et enclavant dans leurs mailles des îlots de téguments restés sains.

De la sorte, cette pigmentation aréolaire figure sur le cou (son siège habituel, nous l'avons dit) une espèce de réseau, de dentelle ou de résille à larges mailles.

Voilà pour l'aspect général. Précisons maintenant les détails.

Les taches qui constituent l'éruption consistent en de simples macules pigmentaires, macules incluses dans la peau et dans une peau d'ailleurs parfaitement saine, exempte de tout symptôme morbide, c'est-à-dire n'offrant ni rougeur, ni saillie, ni épaississement, ni desquamation, etc. Comme seule et unique lésion on constate ceci : une peau hyperpigmentée, hyperchromiée par places, et rien autre. C'est le masque de la grossesse, c'est le

chloasma utérin transporté sur le cou, et rien de plus.

D'autre part, ces taches sont singulières de forme. Elles figurent des traînées, des marbrures, des bandes pigmentées, lesquelles, le plus habituellement, présentent une direction transversale ou légèrement oblique.

Elles sont toujours plus ou moins confluentes. Si bien qu'elles aboutissent à se rencontrer, à se toucher, à se confondre dans leurs trajets capricieux. On les voit alors s'entre-croiser, s'enchevêtrer, décrire de la sorte des festons irréguliers, et constituer finalement un véritable *réseau*, dont les mailles enclavent des îlots de téguments sains.

Comme teinte, elles rappellent exactement ce qu'est le masque de la grossesse. C'est dire qu'elles sont généralement grises et d'un gris plus ou moins foncé, maculeux, bistre, cendré. Variables du reste comme intensité de coloration, tantôt elles se présentent très atténuées de ton, au point de n'être appréciables qu'à un examen attentif; tantôt, à l'extrême opposé, elles offrent une coloration d'un gris foncé, brun, nigricant; quelquefois encore, mais plus rarement, elles affectent une teinte ocreuse, par association à la nuance grise d'un certain reflet jaunâtre, jaune sale. Le plus souvent, en tout cas (et vous me passerez cette comparaison aussi exacte que « naturaliste »), elles ont le ton de la *crasse* et rappellent tout à fait ce qu'est le cou sale des sujets pour qui les ablutions sont un luxe inu-

sité. C'est là du reste une comparaison que vous répètent toutes les femmes. Au début, quand elles se sont aperçues de ces taches pour la première fois, elles ont cru, vous disent-elles, qu'elles avaient le cou malpropre; elles « ont pris cela pour des taches de saleté », et, pour s'en débarrasser, « elles sont allées, mais sans succès, se laver le cou ».

La syphilide pigmentaire ne s'étale pas sur la peau en nappe uniforme. Tout au contraire, ainsi que nous l'avons dit, elle respecte certains îlots tégumentaires qui conservent leur état normal. Ces îlots, irréguliers de forme, le plus souvent toutefois arrondis ou ovalaires, d'étendue comparable en général à celle d'une pièce de 20 centimes ou d'une amande d'abricot, sont exactement enclavés dans les mailles du réseau pigmentaire qui constitue l'éruption. Et de là deux conséquences, à savoir :

1° C'est, d'abord, que l'ensemble éruptif paraît constitué par une sorte de dentelle ou de résille à larges mailles, dentelle ou résille dont la trame est formée par les marbrures hyperchromiques, et les mailles par les îlots de téguments restés sains. — Or, cette disposition aréolaire ou « en résille » de la mélanodermie syphilitique est presque spéciale et confère à l'éruption une physionomie véritablement distinctive.

2° C'est, en second lieu, que les îlots tégumentaires sains, encadrés par le réseau maculeux, prennent de ce fait une apparence *vitiligineuse*. De même qu'en peinture un ton noir fait « valoir »,

comme on dit vulgairement, un ton clair avoisinant, de même ici, par opposition, par contraste, les îlots blancs de téguments sains apparaissent plus blancs qu'ils ne le sont en réalité par le fait de leur enclavement dans des tissus de coloration foncée. On les croirait décolorés, on les croirait *vitiligineux*. L'illusion est souvent complète, à ce point que certains observateurs s'y sont trompés et ont soutenu qu'en réalité l'affection se composait de deux lésions tégumentaires d'ordre opposé, à savoir : de taches noires, bien évidentes, irrécusables, constituant une hyperchromie, et de taches blanches, constituant un véritable vitiligo.

Qu'il en soit ainsi dans certaines éruptions syphilitiques dont il a été question ces derniers temps et que j'ai décrites sous le nom de *Leucomélanodermies*, c'est là un fait non contestable ; mais, en l'espèce, en ce qui concerne le type éruptif spécial connu sous le nom de « syphilide pigmentaire du cou », la qualité vitiligineuse des îlots enclavés dans le réseau maculeux n'est qu'une apparence, une erreur d'optique. Et de cela voici une double preuve :

1° Preuve expérimentale : Pratiquez, au centre d'une feuille de papier ou d'une carte de visite, un trou circulaire de quelques millimètres de diamètre ; puis appliquez cette feuille sur le cou de la malade, de façon que le trou corresponde à une prétendue plaque vitiligineuse. Tout aussitôt cette plaque vous apparaîtra avec une teinte identique à celle de la

peau saine, c'est-à-dire avec une teinte normale, non décolorée, n'ayant plus rien de vitiligineux. Enlevez la feuille ou la carte, et immédiatement cette plaque reprendra, par opposition avec les parties pigmentées qui ne seront plus couvertes, son apparence de vitiligo. Donc il n'y a là qu'une apparence, résultat d'un contraste de couleurs.

2° Preuve anatomique : Le Dr V. Tanturri, qui a eu l'occasion d'examiner au microscope la peau de malades affectés de syphilide pigmentaire, a trouvé dans les points d'apparence vitiligineuse « autant de pigment qu'à l'état normal ». Par conséquent, dit-il, l'opinion qui introduit le vitiligo dans la syphilide pigmentaire est uniquement basée sur une illusion d'optique.

Enfin, quant à sa topographie, nous savons déjà que la syphilide pigmentaire est remarquable par une localisation toute particulière. Elle a un véritable siège de prédilection, qu'elle affecte 29 fois sur 30. Ce siège, c'est la *région cervicale.*

Assez habituellement elle est là symétrique et circulaire, c'est-à-dire qu'elle contourne le cou comme le ferait une cravate ou un collier, d'où le nom qui lui est parfois donné de « collier de Vénus ». Elle peut être, du reste, plus ou moins fortement accusée sur tel ou tel point de son trajet. Ainsi elle affecte généralement un ton plus foncé sur les parties latérales du cou que sur les régions antérieure et postérieure.

D'autres fois elle n'est que partielle; généralement alors elle se limite aux parties latérales presque exclusivement.

D'une façon beaucoup plus rare, elle descend et se propage du cou sur les parties supérieures du thorax (région interscapulaire, région sus-clavière, épaule, etc.).

Exceptionnellement, on la voit projeter quelques placards sur les flancs, l'abdomen, la région lombo-dorsale, etc.

Une seule fois jusqu'ici, et cela dans un cas sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir, je l'ai rencontrée à la face.

Sur ces derniers sièges d'exception, elle conserve ses caractères généraux d'éruption maculeuse et aréolaire; mais la teinte en est habituellement peu foncée, et les aréoles beaucoup moins apparentes, bien moins nettement formulées.

Enfin, dans une forme disséminée encore plus rare, on l'a vue se produire simultanément sur plusieurs régions du corps. Une observation intéressante de Chauveau[1] est relative à un jeune soldat qui, au cours de la période secondaire, vint à présenter, coïncidemment avec d'autres manifestations cutanées, toute une série de pigmentations éparses sur le visage, le tronc et les membres.

Telle est, sans parler de quelques autres variétés

1. V. *Annales de dermatol. et de syphilis*, 1889, p. 17.

inutiles à citer pour le sujet que nous avons en vue, la syphilide pigmentaire.

Une fois constituée de la sorte, que devient-elle?

D'abord, elle reste ce qu'elle est, sans modification aucune, sans addition de symptômes nouveaux, notamment sans desquamation, sans douleur, sans prurit, et aussi sans tendance à s'accroître, à s'étaler, à envahir des territoires nouveaux. C'est donc, par excellence, une lésion immobile.

C'est, en second lieu, une lésion singulièrement *durable*. A l'inverse de la plupart des syphilides, de toutes les syphilides secondaires notamment, qui n'ont qu'un temps d'évolution plus ou moins limité, elle persiste, et longtemps, très longtemps. Elle persiste même de telle sorte qu'il y a une difficulté pratique presque insurmontable à en fixer la durée. Pourquoi? Parce que les malades, guéris des autres accidents de leur diathèse, quittent l'hôpital ou désertent en ville nos cabinets de consultation avant d'être délivrés de leur syphilide pigmentaire. Et, alors, que devient au delà cette syphilide, à quel terme s'efface-t-elle? On ne le sait. Quant à moi, je l'avoue, pour avoir recueilli quantité d'observations relatives à la syphilide pigmentaire, je n'en suis pas moins aujourd'hui à ignorer ce qu'elle dure en moyenne; et cela, parce que presque invariablement mes observations s'arrêtent alors que ladite syphilide subsistait encore. Je manque donc d'éléments pour juger la question de durée. Tout ce que

j'en puis dire, d'une façon vague et assurément sujette à revision, c'est que la durée de cet accident est longue, bien plus longue que celle des autres syphilides, qu'elle excède, au bas mot, un an et demi à deux ans, voire trois ans, et qu'elle est susceptible à coup sûr de dépasser ce terme[1].

Quel est donc, en définitive, ce curieux accident?

L'anatomie pathologique a essayé de nous renseigner sur ce point. Des coupes histologiques ont été pratiquées maintes fois sur des lambeaux de peau détachés par biopsie (Tanturri, Bockart, de Maïeff, Darier, etc.). Que nous ont-elles appris? Deux faits : l'un prévu, nécessaire, à savoir : surabondance d'éléments pigmentaires dans les divers districts de la peau, couche de Malpighi, épiderme, corps papillaire ; — l'autre inattendu, consistant en ceci, d'après de Maïeff : épaississement des artérioles et des veinules cutanées, qui se présentent doublées, triplées, voire quadruplées comme parois vasculaires; quelquefois même oblitération complète de ces vaisseaux par réduction de calibre et tuméfaction de l'épithélium.

D'où il suivrait, d'après de Maïeff, que la syphilide

1. On a dit qu'en certains cas cette syphilide pigmentaire du cou disparaît assez rapidement, par exemple en l'espace de quelques semaines ou de quelques mois. Les cas de cet ordre doivent être bien rares, je crois. Je n'en ai pas encore observé pour ma part.

V. Jean de Fisson, *Des syphilides pigmentaires en général et, en particulier, de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme*, Thèses de Lille, 1887.

pigmentaire a pour origine une inflammation chronique et spécifique des petits vaisseaux sanguins de la peau, et qu'elle procède d'une affection endothéliale, au moins à ses débuts.

Quant à la coloration brune des taches, elle aurait sa raison dans la transformation du pigment sanguin provenant des thromboses vasculaires, pigment que les cellules migratrices transporteraient dans le corps papillaire et plus tard dans les couches épidermiques.

Que tel soit le processus anatomique de la syphilide pigmentaire, c'est fort possible. Mais, sans doute, ce processus n'est lui-même qu'un intermédiaire entre la lésion et la cause première de cette lésion. Or, quelle est cette cause? C'est là ce que nous aurions intérêt à savoir, et c'est là, malheureusement, ce que nous ignorons. Les théories, qui ne manquent jamais, n'ont pas fait défaut en l'espèce. On a dit vaguement — et qu'est-ce que tout cela signifie? — que la syphilide pigmentaire « dérive d'une altération fonctionnelle des cellules qui produisent le pigment de la peau » ; — qu'elle procède « d'une faculté chromatogène que communique au sang l'infection syphilitique » ; — qu'elle est le résultat « d'une lésion hématique, d'un véritable tatouage hématique, dérivant d'une dissociation de l'hémoglobine, laquelle, par le fait de l'intoxication syphilitique, perdrait son adhérence aux globules et resterait fixée dans les mailles de la peau ». — Plus aventureux encore, un de nos com-

patriotes s'est demandé « si la lésion ne serait pas en rapport avec quelque altération des capsules surrénales ». A la vérité, il n'a invoqué aucun élément de preuve anatomique à l'appui de cette hypothèse. — Enfin, pour quelques médecins, l'affection aurait peut-être son point de départ dans le système nerveux, notamment dans les « centres trophiques de la moelle ». Deux raisons, d'après eux, légitimeraient cette manière de voir : d'une part, la symétrie très habituelle de l'éruption, symétrie seulement explicable par un trouble des centres nerveux; et, d'autre part, la fréquence ultra-prédominante de l'affection chez la femme, laquelle incontestablement est bien plus sujette que l'homme aux désordres nerveux de la syphilis en général et de la syphilis secondaire en particulier, etc.

Tout cela, inutile de le dire, ne constitue que de simples hypothèses, qu'il serait même superflu de discuter; et la vérité, en l'espèce, est que nous ne savons rien de la nature intime de la lésion.

III

La syphilide pigmentaire que je viens de vous décrire est le type par excellence des pigmentations *primitives* que réalise la syphilis. Mais ce n'est pas là à coup sûr — toujours à ne parler que des pigmentations primitives, c'est-à-dire non précédées

d'élément éruptif étranger — le seul type mélanodermique par lequel elle puisse se traduire. On la voit quelquefois, d'une façon infiniment plus rare à la vérité, déterminer des mélanodermies tout à fait différentes soit comme siège, soit comme configuration, et pour lesquelles une simple mention sera suffisante.

C'est ainsi qu'un de mes malades, au cours d'une syphilis grave, a présenté sur la région du cou un vaste placard noirâtre, presque noir, constituant une nappe continue et très différente de la syphilide pigmentaire usuelle par l'absence de toute configuration aréolaire.

De même vous avez pu voir récemment dans le service deux malades (femmes) qui présentaient sur le visage, la nuque et le dos, au pourtour et à large distance de syphilides papulo-tuberculeuses, des pigmentations étendues et très accentuées, sous forme de marbrures, de traînées sinueuses, ou bien encore de taches en bouquet figurant comme des archipels maculeux.

Sur l'une de ces malades, quelques îlots décolorés et véritablement vitiligineux alternaient avec les taches hyperchromiques, en sorte que l'ensemble éruptif constituait réellement ce que j'ai cru pouvoir appeler une *leucomélanodermie*[1].

1. V. *Bulletin de la Société française de dermat. et de syphiligraphie*, 1893, p. 350.

IV

Voilà, certes, toutes affections dont l'étiologie spécifique ne fait doute pour personne. En ce qui concerne notamment la syphilide pigmentaire cervicale, pas un médecin ne consentirait aujourd'hui à récuser les relations pathogéniques qui la rattachent à la syphilis. A ce point que, dans tous les livres du jour, dans toutes les monographies, cette syphilide est donnée comme constituant un témoignage, un véritable « certificat » d'infection spécifique. N'a-t-on pas dit qu'au point de vue séméiologique elle équivalait « à la signature de la vérole sur le cou du malade »?

Eh bien, cela admis, remarquez maintenant, messieurs, les deux points que voici :

I. — Est-ce que, d'abord, ces pigmentations de la syphilis sont constituées par une *lésion propre* à la syphilis? — Pour cela, non.

Certes, elles offrent bien certaines particularités de détail que leur confère sans doute leur origine spéciale, telles que localisation sur le cou, configuration réticulée, etc. Mais cela n'est que secondaire. En tant que caractères de fond, en tant que caractères constitutifs, qu'y trouvons-nous? Rien de spécial, rien qui leur appartienne en propre. Que sont-elles donc, ces lésions, au total? Des hyperchromies, et rien de plus; des hyperchromies,

comme en produisent tant d'autres conditions pathologiques étrangères à la syphilis, voire comme en produisent certaines conditions physiologiques.

En un mot, ce sont des hyperchromies ayant non pas leurs analogues, mais leurs homologues dans le chloasma utérin ou gravidique, dans les mélanodermies cachectiques, dans les pigmentations naturelles à certains sujets, etc.

J'insiste et je dis :

Quelle différenciation introduire, en tant que qualité de lésions, par exemple entre la syphilide pigmentaire et le masque de la grossesse? Cliniquement, c'est tout un. J'ai même, à ce point de vue, un fait assez piquant à vous signaler. Ces derniers temps j'avais dans mon service une toute jeune femme, syphilitique de fraîche date, qui présentait (chose très rare) une syphilide pigmentaire du visage, localisée sur le front, les joues, la lèvre supérieure et le menton. On eût dit un masque de grossesse; or cette femme n'avait jamais eu de grossesse. A titre de curiosité, je l'adressai à mon distingué collègue et ami le professeur Pinard, comme un spécimen de syphilide pigmentaire simulant un chloasma gravidique. Or, le hasard fit que M. Pinard, à son tour, nous envoya le lendemain une femme de son service qui, non syphilitique, mais enceinte, présentait un masque de grossesse exactement identique, comme siège et comme teinte, à la syphilide pigmentaire de notre malade. Les deux éruptions « faisaient la paire »,

étaient absolument copiées l'une sur l'autre, bien que dérivant de causes absolument différentes.

De même, quelle différenciation introduire — toujours en tant que qualité de lésions — entre la syphilide pigmentaire et certaines mélanodermies cachectiques, notamment les mélanodermies que produit parfois la tuberculose?

Jugez même par cette photographie de l'identité objective que peuvent parfois — très exceptionnellement, je l'avoue — affecter les mélanodermies tuberculeuses avec la syphilide pigmentaire. Pour tout le monde, la pigmentation réticulaire du cou que vous voyez reproduite ici sera un type accompli de syphilide pigmentaire. Eh bien, ce n'est pas une syphilide pigmentaire, c'est une mélanodermie tuberculeuse. La jeune malade qui présentait cette lésion, d'abord, était vierge, et, de plus, ne présentait aucun signe de syphilis, soit acquise, soit héréditaire. Inutile de dire si j'ai obstinément recherché la syphilis sur elle; je voulais la trouver, car c'était la première fois que je voyais mis en défaut le fameux signe du « collier de Vénus » en tant que témoignage d'infection syphilitique. Or, impossible de la trouver. Et comme, d'autre part, cette jeune fille était tuberculeuse, phthisique même et déjà cachectique, force me fut bien de rapporter à la tuberculose cette mélanodermie cervicale réticulée.

Il y a plus encore : c'est que des pigmentations analogues (à cela près de la disposition réticulée)

aux pigmentations de la syphilis s'observent quelquefois à l'état physiologique, par exemple ehez les femmes fortement brunes. Nous avions dans le serviee, il y a quelques mois, une jeune virago extraordinairement brune, qui présentait disséminés eà et là (notamment sur le eou, le front, la lèvre supérieure, les aisselles, les flanes et la partie supéro-interne des euisses) des plaeards pigmentaires tout à fait semblables eomme eoloration aux pigmentations de la syphilis ou de la grossesse; et eependant elle n'avait pas la syphilis, et eependant elle n'avait jamais été grosse.

II. — Le seeond fait sur lequel il me reste maintenant à appeler votre attention est plus eurieux eneore.

Je le répète, il n'est personne pour nier que les mélanodermies en question, qui sont si eommunes au eours de la syphilis seeondaire, se produisent sous l'influenee de la syphilis. Ce sont là, de l'aveu général, des dérivés, des résultats de l'infeetion spéeifique.

Eh bien, eependant, ees aeeidents de la syphilis, ees aeeidents dont l'origine spéeifique n'est pas réeusable, se montrent absolument *réfractaires* au traitement qui guérit usuellement la syphilis. Le mereure, d'abord — partieularité à eoup sûr bien exeeptionnelle — n'exeree sur eux aueune aetion. L'iodure de potassium ne les influenee pas davantage. Et l'assoeiation de ees deux remèdes ne produit pas sur eux de plus sensibles résultats.

Cela, tout le monde le dit et le professe. Pour ma part, je déclare que, sur l'invitation de quelques-unes de mes malades que désespéraient « ces affreuses taches du cou », j'ai parfois poussé aussi loin que possible les doses du mercure et de l'iodure sans en obtenir d'effets appréciables. La chose est donc jugée, et, comme l'a dit Tanturri, « le temps est le seul remède de la syphilide pigmentaire ».

Ce défaut d'action du traitement spécifique sur les accidents de cet ordre devient surtout manifeste, par opposition, en certains cas où les malades présentent coïncidemment une syphilide pigmentaire et telles ou telles autres manifestations de syphilis. On voit alors — contraste curieux — ces autres manifestations céder rapidement à la médication spécifique, tandis que la syphilide pigmentaire subsiste, immuable, immobile, exactement comme si l'on n'eût rien fait. Rappelez-vous à ce propos une de nos malades de la salle Henri IV qui était affectée à la fois et d'une pigmentation réticulée du cou et d'une syphilide papulo-tuberculeuse intense, confluente, criblant de ses souillures presque tout le corps. A l'avance je vous ai dit ce qui allait arriver, à savoir « qu'un traitement mercuriel un peu énergique ferait justice en moins d'un mois de cette affreuse syphilide papulo-tuberculeuse, mais laisserait subsister la syphilide pigmentaire du cou ». Et l'événement a réalisé de tous points cette facile prophétie.

V

Au total, donc, les mélanodermies des syphilitiques constituent des manifestations qui, bien que dérivant de la syphilis, se traduisent par des lésions qui n'appartiennent pas seulement à la syphilis, et, de plus, se montrent absolument réfractaires aux remèdes dont l'action antisyphilitique est le mieux démontrée.

Elles nous fournissent donc un type par excellence de ces curieux états pathologiques que, par définition, nous avons qualifiés du nom d'affections parasyphilitiques.

Eh bien, voici maintenant la question que je me propose d'agiter dans ce qui va suivre.

Il est, dans la syphilis, nombre de manifestations dûment assimilables à la syphilide pigmentaire en ce que, d'une part, elles sont constituées par des lésions ou des symptômes dont personne ne songe à faire un patrimoine exclusif à la syphilis, et en ce que, d'autre part, elles ne sont pas accessibles à l'action thérapeutique du mercure et de l'iodure. Ces manifestations, on leur conteste, on leur récuse — et cela précisément pour les deux raisons précitées — toute affiliation à la syphilis. On dit : Ce ne sont pas là des produits de la syphilis, des accidents de la syphilis, puisque d'autres causes que la syphilis peuvent leur donner naissance, et

puisque l'iodure et le mercure ne les guérissent pas. Or, pourquoi deux poids et deux mesures? Pourquoi réeuser à ces états pathologiques la provenanee, l'origine syphilitique, alors qu'on la eon-eède sans diseussion à la syphilide pigmentaire?

Cependant la logique et le bon sens ne sauraient jamais perdre leurs droits. De deux choses l'une : il faut ou bien rejeter à la fois hors du eadre de la syphilis et les états morbides en question et la syphilide pigmentaire, ou bien y admettre à la fois, pour les mêmes raisons, et eelle-ei et eeux-là.

Or, exelure de la syphilis une des manifestations qui, de par la elinique, est justement eonsidérée eomme eonstituant un témoignage authentique, un « eertifieat » de syphilis, ce serait un non-sens. Ne serait-ee done pas un égal attentat contre la logique que d'exclure du même eadre toute une série d'affections homologues, présentant les mêmes earaetères, se produisant au eours de la syphilis avee une fréquenee non pas égale, mais supérieure, et dérivant en somme de la même eause avee un non moindre degré d'évidenee?

Eh bien, ee sont les affections de eet ordre que nous allons maintenant passer en revue.

VI

NEURASTHÉNIE ET HYSTÉRO-NEURASTHÉNIE D'ORIGINE SYPHILITIQUE.

Il est assez fréquent d'observer au cours de la syphilis des symptômes ou des syndromes épars, dissociés, de la curieuse névrose qui, distinguée par Beard vers 1869, bien étudiée depuis lors par nombre de médecins, notamment par MM. Charcot, Bouveret, Levillain, Mathieu, etc., est actuellement connue sous le nom de *neurasthénie*.

Il est plus rare — mais non exceptionnel — d'observer au cours de la syphilis un ensemble symptomatologique plus complet, réalisant le tableau presque intégral de cette complexe et protéiforme névrose.

En tout cas, chez un certain nombre de nos malades, l'infection syphilitique devient certainement, incontestablement, le prétexte, l'occasion, la cause d'un état neurasthénique diversement constitué, qui s'ajoute au bilan déjà si chargé des manifestations spécifiques.

C'est de cette neurasthénie d'origine syphilitique que je vais vous parler.

Elle comporte, comme bien vous pensez, des degrés multiples et des formes variées qu'il va nous falloir envisager tour à tour.

I. — *Neurasthénie, hystéro-neurasthénie secondaire.*

Jamais la neurasthénie d'origine spécifique ne se manifeste en plus parfaite évidence et avec un plus riche cortège de symptômes que dans les premiers temps de la période secondaire et, tout spécialement, chez certaines jeunes femmes sans doute prédisposées de nature et par âge à cette qualité d'accidents. Elle constitue, à cette époque de la maladie, la modalité prédominante de ces manifestations nerveuses multiples et diverses que, de vieille date déjà, j'ai décrites et groupées sous le nom de *nervosisme secondaire.*

Il est bien positif aussi que l'invasion secondaire ouvre, si je puis ainsi parler, l'ère des manifestations nerveuses spécifiques. On dirait qu'à cette époque la syphilis devient l'occasion d'un état de souffrance générale du système nerveux et qu'elle imprime à ce système une perturbation profonde, un véritable « branle-bas », comme disait Ricord. En tout cas, il n'est pas rare qu'à échéance plus ou moins précoce la syphilis engendre une sorte de diathèse nerveuse qui se traduit par une pléiade d'accidents de divers ordres.

Ces accidents, je vous les ai longuement décrits dans une série de conférences antérieures[1]; je puis donc me borner, pour ne pas faire double emploi, à vous les rappeler ici sommairement.

1. V. *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 2e édit., 1881.

Ils consistent en ceci :

Malaise général du système nerveux, et malaise constitué par un état mixte de dépression et d'éréthisme;

Céphalée, quelquefois avec addition de vertiges, d'étourdissements, d'obnubilations passagères;

Troubles du sommeil (insomnie essentielle spécifique);

Douleurs névralgiques ou, plutôt encore, névralgiformes;

Troubles des sens : éblouissements, kopiopie, bourdonnements, etc.

Troubles variables de la sensibilité, et surtout (remarquez bien, messieurs, les particularités suivantes, car elles sont presque caractéristiques, presque révélatrices de la cause syphilitique) *analgésies* disséminées; — analgésies *partielles* et *symétriques*; — et surtout analgésies affectant par excellence deux points de prédilection, à savoir : le *sein* (chez la femme) et la *région dorsale du métacarpe*[1];

1. Je crois (et j'en ai dit les raisons ailleurs) que ces curieuses analgésies à particularités de siège si éminemment distinctives relèvent directement de la vérole au titre d'*analgésies toxiques*, bien plutôt qu'elles ne constituent des troubles importés dans la syphilis par l'intermédiaire de l'hystéro-neurasthénie. — Elles se différencient en effet des analgésies hystériques par toute une série de caractères que j'ai essayé de déterminer dans mes *Leçons sur la syphilis* (11[e] édit., p. 605) et qu'il serait superflu de rééditer ici.

Mais n'importe en l'espèce. Pour ce qui nous concerne actuellement, nous n'avons qu'à constater un fait : c'est que ces analgésies, quelle qu'en soit du reste la nature, s'associent fréquemment aux troubles neurasthéniques que je viens de décrire. Et, dans ce cas,

Troubles divers du système sympathique, se caractérisant soit par des refroidissements locaux, notamment par des *algidités périphériques*, quelquefois surprenantes d'intensité; — soit par des bouffées de chaleur, des poussées sudorales, ou bien encore par un état d'hyperhidrose permanente des extrémités, etc.;

Accès fébriles, de forme intermittente ou plus rarement continue, constituant, dans leur type le plus intense, ce que j'ai appelé la *typhose secondaire*[1].

Et surtout, par-dessus tout, comme note prédominante dans cet ensemble morbide si étrangement polymorphe, phénomènes multiples de dépression, d'atonie, d'*asthénie nerveuse*, se traduisant sur tous les appareils organiques, à savoir :

1. — *Asthénie du système musculaire*, s'accusant par les symptômes suivants : diminution des forces; sentiment assidu de fatigue, de courbature, de brisement de tout l'être; quelquefois même, accablement voisin de la prostration, de l'adynamie. — Comme exemple, rappelez-vous ce type de la femme syphilitique littéralement accablée, « avachie », éreintée, de cette femme qui a perdu tout entrain, tout ressort, qui se trouve à son réveil

elles ne laissent pas de comporter un intérêt diagnostique. Car, de par leur caractère dûment syphilitique, elles impriment un *cachet d'origine*, si je puis ainsi parler, aux symptômes qui les accompagnent. En autres termes, elles témoignent de l'origine spécifique du groupe morbide dont elles font partie.

1. V. Ad. Morin, *Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique; typhose syphilitique*, Thèses de Paris, 1888.

plus fatiguée qu'à son coucher, qui refuse de se lever, qui ne peut plus rien faire, qui se dit incapable du moindre exercice, qui incessamment se plaint d'être « brisée, fourbue, moulue, meurtrie, etc. », bref qui semble épuisée par la syphilis, au point de vue des forces musculaires, à peu près comme elle le serait par une grande maladie consomptive.

II. — Et, parallèlement à cette asthénie musculaire, asthénie contemporaine et équivalente des autres systèmes organiques, à savoir :

1° *Asthénie circulatoire*, se traduisant par la mollesse, la petitesse, quelquefois les arythmies du pouls, la dyspnée, les vertiges, les tendances à la lipothymie.

2° *Asthénie digestive*, s'accusant par l'inappétence, inappétence parfois singulière et s'élevant jusqu'à l'extinction complète de l'appétit[1]; — la

1. En quelques cas, au contraire, on observe un symptôme absolument opposé, à savoir une exagération morbide de l'appétit, s'élevant parfois aux proportions d'une BOULIMIE véritable. — Cette boulimie secondaire s'associe ou non à une certaine exagération de la soif. — Elle est susceptible, bien entendu, de déterminer à son tour, par excès d'aliments ingérés, divers troubles consécutifs de l'estomac et de l'intestin.

C'est là un symptôme infiniment plus commun chez la femme que chez l'homme.

Sans être fréquent, on ne saurait le dire rare. Dans l'espace de six années, à Lourcine, je l'ai rencontré sur une soixantaine de mes malades.

Je ne l'ai observé jusqu'à ce jour que dans la période secondaire, et de préférence dans certaines formes de syphilis remarquables à la fois par la multiplicité et le caractère *nerveux* de leurs manifestations. Dans presque tous les cas, en effet, je l'ai vu coïn-

lenteur et la difficulté des digestions, les vomissements, l'inertie intestinale, la constipation, etc.

3° *Asthénie nutritive*, par activité amoindrie de toutes les forces présidant à la nutrition, à l'assimilation, à la réparation organique; — d'où, comme conséquences, anémie, amaigrissement, alopécie, dystrophies unguéales, et divers autres phénomènes de vitalité défaillante, pouvant aboutir jusqu'à l'imminence de la cachexie.

Bien que composée d'un ensemble de symptômes d'ordres divers, c'est-à-dire de symptômes ou di-

cider avec d'autres symptômes attestant tout particulièrement un trouble plus ou moins grave du système nerveux.

Détail des plus curieux. S'il est en pathologie deux symptômes discordants et semblant s'exclure nécessairement l'un l'autre, c'est à coup sûr la fièvre et l'exagération de l'appétit. On croirait impossible de voir s'associer jamais dans la même scène une faim dévorante et un état fébrile plus ou moins accusé. Eh bien, cette réunion bizarre, extraordinaire, la syphilis la réalise quelquefois. Il est des cas où la boulimie s'observe en coïncidence avec la fièvre syphilitique. J'ai vu des malades alitées par une fièvre qui élevait le pouls à 110, 115, 120 pulsations et la température à 39°, — 39°,5, — 39°,8, être tourmentées par les angoisses d'une faim vorace et absorber une quantité d'aliments double, triple ou quadruple de celle qui leur suffisait à l'état de santé. — Contraste étrange, à coup sûr, mais plus apparent que réel. Car, en somme, cette exagération de l'appétit n'est elle-même qu'un phénomène morbide. Loin d'être le témoignage d'une santé en parfait équilibre et de fonctions s'exerçant avec une énergie de bon aloi, elle n'est qu'un indice de maladie, qu'un symptôme essentiellement pathologique. Rien d'étonnant, donc, à ce qu'elle puisse coexister avec d'autres symptômes également pathologiques, dont elle ne diffère que par l'apparence spécieuse d'un attribut de la santé. (V. *Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique*, Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1871; — et *Leçons cliniques sur la syphilis*, 2e édit., p. 690 et suiv.)

rectement ou médiatement syphilitiques, une telle scène ne rappelle-t-elle pas ce que l'on observe dans la grande et complexe névrose décrite sous le nom de neurasthénie?

II. — Ajoutez encore, pour compléter la ressemblance, qu'assez souvent le nervosisme secondaire associe à ces manifestations d'ordre neurasthénique d'autres symptômes d'ordre *hystérique*, tels que anesthésies, hyperesthésies, hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, spasmes, globe hystérique, phénomènes convulsifs, grandes crises convulsives, etc. En sorte qu'alors la syphilis se trouve réaliser au grand complet le tableau de l'*hystéro-neurasthénie*, tel qu'il a été tracé par les neurologistes contemporains.

De cela voulez-vous un exemple clinique? Vous n'en sauriez vraiment désirer de plus complet que le suivant, qui nous est offert par la malade actuellement couchée au dernier lit de notre salle Henri IV.

Cette femme, âgée de 29 ans, a contracté la syphilis en septembre 1892. Elle en a d'abord éprouvé quelques accidents légers, pour lesquels elle ne s'est traitée qu'assez négligemment. Puis, vers mars dernier, elle a été prise d'une poussée nouvelle (syphilides papuleuses, plaques muqueuses de divers sièges, adénopathies, etc.); et, coïncidemment avec ces derniers symptômes, s'est abattu sur elle un véritable orage hystéro-neurasthénique,

constitué par une pléiade de troubles nerveux, à savoir :

I. — D'abord, comme phénomène prédominant, affaissement général, accablement des forces, bref asthénie musculaire telle que, la première fois que cette femme s'est présentée à nous, nous l'avons crue affectée d'une *maladie de la moelle.* Elle se traînait littéralement, plutôt qu'elle ne marchait; elle se soutenait à peine; en un mot, elle avait les allures d'une *paraplégique.*

II. — En second lieu, céphalée, abasourdissement continu et vertiges passagers.

III. — Asthénie intellectuelle très accentuée : inaptitude au plus simple travail; lecture non tolérée, attention impossible; conversation même fatiguant la malade; mémoire paresseuse, etc.

IV. — En même temps, excitabilité nerveuse, émotivité, éréthisme général; bizarreries de caractère et d'allure.

V. — Insomnie, cauchemars.

VI. — Atonie digestive, anorexie, soif, tympanisme, vomissements, constipation, oligurie.

VII. — Asthénie circulatoire : cœur battant sans force; pouls mou, dépressible; — algidités périphériques d'une étrange intensité; refroidissement *glacial*, cadavérique, des extrémités, qui, de temps à autre, sont le siège de phénomènes alternatifs d'asphyxie et de syncope; les mains, par exemple, deviennent tour à tour bleues, violettes, cyaniques, ou bien exsangues, décolorées, absolument blan-

ches; en un mot, véritable ébauche de la maladie de Raynaud.

VIII. — D'autre part et simultanément, invasion de divers symptômes d'ordre hystérique. Ainsi : phénomènes d'anesthésie, et d'anesthésie mobile, tantôt partielle, tantôt affectant une moitié du corps; — obnubilation du goût et de l'odorat; — rétrécissement du champ visuel; — affaiblissement de l'ouïe; — spasmes oculaires, etc.[1]

Ne trouvez-vous pas là, messieurs, tout un ensemble de symptômes hystéro-neurasthéniques? Et même, je le répète, cet ensemble n'est-il pas celui de l'hystéro-neurasthénie commune, telle qu'elle a été décrite par nos collègues de neurologie?

D'autre part, comment récuser, qui se prêterait à récuser, dans le cas dont je viens de vous entretenir, une relation de cause à effet entre la syphilis et cette hystéro-neurasthénie survenue sur une jeune femme syphilitique, et survenue en coïncidence avec une poussée de syphilis secondaire? D'autant que les cas de ce genre ne sont pas rares, bien loin de là. Ils sont, au contraire, monnaie courante dans nos services. Ils se présentent à l'observation, au moins dans la syphilis féminine, d'une façon vraiment trop commune pour qu'il y ait possi-

1. V. la relation complète de cette curieuse observation, rédigée par M. Mendel, interne distingué des hôpitaux, dans le *Bulletin de la Société française de dermat. et de syphil.*, mai 1893, p. 315.

bilité de les expliquer par de simples coïncidences. Ce sont donc là bel et bien, au-dessus de toute discussion possible, des cas d'*hystéro-neurasthénie d'origine syphilitique.*

Au surplus, qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que la syphilis détermine des manifestations de cet ordre? N'est-elle pas, au contraire, merveilleusement faite pour en provoquer la genèse? Et cela, à trois titres : 1° De par l'action anémiante, débilitante, dépressive, qu'elle exerce sur l'économie; — 2° de par le trouble profond, le « branle-bas » qu'elle importe dans les fonctions du système nerveux; — 3° et aussi (gardons-nous de méconnaître ce dernier facteur) de par sa réaction sur le moral, de par la terreur, l'effroi, le désespoir qu'inspire une maladie comme elle, de sinistre renom, une maladie qui « ne pardonne pas, ne guérit pas », avec laquelle « on n'est jamais quitte », etc. J'ai vu plus de vingt fois ceci dans mon cabinet : des consultants à qui j'annonçais (et non sans les ménagements d'usage) qu'ils venaient de contracter la vérole, pâlir, blêmir, perdre contenance, défaillir, tomber évanouis. J'ai vu cent fois des malades, hommes bien trempés et de caractère énergique à tout autre égard, être déprimés, accablés, adynamiés, anéantis rien que par l'impression morale exercée sur eux par la syphilis. J'ai même dans mes notes un cas de tentative de suicide par terreur de la syphilis. Voici le cas, en deux mots. Un jeune

homme vient iei, un matin, demander avis sur une prétendue « éeorehure » qu'il disait s'être faite avec sa maîtresse. On lui apprend que eette éeorehure n'est rien autre qu'un ehanere induré. Il rentre chez lui, éerit quelques mots d'adieu à sa famille, et se pend. Un hasard seul l'a sauvé.

Jugez done si une maladie suseeptible de réagir à ee degré sur le moral n'est pas capable de développer à sa suite des aeeidents nerveux du genre hystéro-neurasthénique.

Je le répète done, rien d'étonnant à ee que la syphilis produise, engendre de toutes pièees, de par elle seule ou, à plus forte raison, sur un terrain prédisposé, l'hystéro-neurasthénie.

Mais, en revanche, ee qui est bien plus étonnant, à mon sens, e'est que jusqu'à ee jour on n'ait aeeordé à une telle maladie qu'une si petite plaee dans l'étiologie de ladite névrose. Sans doute il en est bien question dans les plus réeents travaux publiés sur le sujet; mais, à la faeon dont on en parle et pour qui sait lire entre les lignes, il est facile de eomprendre qu'on ne lui eoneède guère et comme par grâee qu'un rôle tout à fait seeondaire, effaeé, subordonné. Eh bien, cela tient sans aucun doute — du moins n'en puis-je trouver de meilleure explieation — à ce que nos confrères en neurologie n'observent pas dans le même milieu que nous, à ce qu'ils ne vivent pas eomme nous dans le monde des syphilitiques. Car, s'ils voyaient ce que nous voyons, très eertainement d'excellents et impar-

tiaux observateurs comme MM. Bouveret et Levillain (à ne parler que d'eux, par exemple) auraient accordé à la syphilis une influence beaucoup plus considérable qu'ils ne l'ont fait sur la production de la neurasthénie; et, comme nous, ils auraient placé la syphilis au premier rang des causes susceptibles de développer cette névrose.

En tout cas, la question de l'*hystéro-neurasthénie aiguë*, apparaissant au cours de la période secondaire et coïncidemment avec diverses manifestations d'ordre spécifique, ne saurait donner lieu à controverses. C'est aujourd'hui, je crois pouvoir le dire, chose jugée.

Donc, je ne m'attarderai pas à discuter ce premier point, sur lequel dès 1869 je me suis efforcé d'appeler l'attention et qui, d'ailleurs, n'a jamais été sérieusement contesté.

Mais, en revanche, d'autres questions plus nouvelles et plus délicates réclament notre examen, à savoir :

Cette neurasthénie d'origine spécifique peut-elle se produire à des étapes plus avancées de la diathèse que celles où on l'a signalée jusqu'ici?

Peut-elle se produire non pas seulement, comme nous venons de la décrire, en combinaison, en société avec d'autres manifestations spécifiques, mais d'une façon isolée, indépendante?

Et, enfin, sous quelles formes cliniques se présente-t-elle le plus souvent aux divers âges de la maladie?

C'est là ce que nous allons envisager actuellement.

VII

On a cru tout d'abord que la neurasthénie n'était qu'un accident de la période secondaire, voire des étapes jeunes de cette période, c'est-à-dire, approximativement, du premier semestre de l'infection. Mais on a dû revenir et j'ai dû revenir tout le premier sur cette opinion. Depuis que mon attention a été dirigée sur ce sujet, il m'est arrivé de rencontrer la neurasthénie dans la seconde et la troisième année de la maladie, et cela même avec un réel degré de fréquence. Plus rarement je l'ai rencontrée dans la quatrième, la cinquième et jusqu'à la septième année.

Je crois même l'avoir observée deux fois à très longue distance du début de l'infection, à savoir dans la vingtième et la vingt-troisième année; mais, ne disposant que de ces deux seuls cas, je me garderai de toute affirmation à leur égard.

Que, d'abord, elle puisse se produire à divers âges de la syphilis, cela n'est en rien fait pour nous surprendre. C'est même là le sort commun de la plupart des manifestations spécifiques. Rien que d'analogue en cela, pour prendre un terme de comparaison, à ce qui se passe pour la syphilis cérébrale, laquelle a bien un maximum de fré-

quence de la troisième à la quatrième année de la diathèse, mais ne s'en manifeste pas moins d'une façon commune à des échéances très différentes, soit bien avant, soit bien après ce terme.

En second lieu, rien d'anormal à ce que la neurasthénie puisse se produire à l'état de manifestation isolée, tout comme elle se produit en coïncidence avec d'autres déterminations diathésiques. Il en est de la sorte pour tous les accidents de la syphilis; inutile même de citer des exemples.

Que jusqu'ici elle ait été presque toujours signalée en coïncidence avec d'autres manifestations spécifiques, c'est tout simple, et il est à cela de bonnes raisons. C'est qu'associée à tels ou tels symptômes dûment syphilitiques, elle ne pouvait guère être méconnue en tant que symptôme de syphilis, tandis que, se présentant isolée, elle avait toutes chances pour ne pas être rattachée à sa véritable origine. J'en juge par moi-même. Longtemps j'ai hésité à imputer à la syphilis la neurasthénie que je rencontrais à l'état de manifestation exclusive sur des sujets syphilitiques, tandis que, plus tard, enhardi par l'expérience, c'est-à-dire après l'avoir observée nombre de fois comme expression isolée de la syphilis, j'ai dû comprendre qu'elle n'avait pas besoin d'une escorte d'accidents spécifiques pour que son origine spécifique pût être légitimement affirmée.

Dans ces conditions nouvelles, c'est-à-dire alors

que la neurasthénie se manifeste en dehors de l'orage secondaire qui lui servait de cortège dans le type précédemment étudié, sous quelles formes se présente-t-elle à l'observation?

Quoique nous soyons encore bien novices en la matière, nous pouvons répondre ceci :

Que parfois elle affecte une forme *fruste*, qui est celle de la *céphalée neurasthénique*; — que, d'autres fois, elle prend une forme plus complète, avec prédominance de symptômes ou médullaires ou cérébraux (myélasthénie, cérébrasthénie); — mais que bien plus souvent elle revêt, par rapport à ce qu'est la neurasthénie commune, une forme *mitigée*, adoucie, comme avortée presque, en même temps que *vague* d'expression, c'est-à-dire sans prédominance marquée d'aucun ordre de phénomènes, et consistant surtout en un certain état de *langueur* générale asthénique.

Étudions ces diverses formes.

VIII

Céphalée neurasthénique.

La céphalée neurasthénique qui se développe sous l'influence de la syphilis n'est rien autre que ce qu'elle est couramment, usuellement, alors qu'elle dérive de n'importe quelle autre cause.

Elle consiste purement et simplement en ceci :

un état de *malaise de la tête*, malaise plus importun que douloureux, et naturellement escorté, comme tout phénomène de cet ordre, de quelques troubles sympathiques.

Ce qui en fait l'importance, disons-le immédiatement, ce n'est pas la douleur même en raison de son intensité, de son acuité, mais bien la persistance, la permanence, la *durée*. Rien d'odieux, d'intolérable comme un mal (voire un petit mal) assidu, continu, qui vous persécute incessamment, qui s'installe à l'état de fait habituel et avec lequel on n'en a jamais fini. Or, précisément, telle est la céphalée neurasthénique, dont la durée ne se compte guère par mois, mais plutôt par années. En sorte que, sans comporter une grande acuité douloureuse, elle n'en aboutit pas moins à troubler absolument l'existence et à devenir un véritable supplice.

Comme exemple du genre (mais comme exemple à coup sûr exagéré, excessif, car il s'en faut très heureusement que ce soit là un type habituel), je vous citerai le cas d'un de mes malades de la ville qui a été affecté d'une céphalée de cet ordre pendant une dizaine d'années. Après avoir contracté en 1879 une syphilis dont il se traita d'ailleurs assez correctement, il commença, vers 1883, à souffrir de la tête d'une façon rappelant exactement la céphalée neurasthénique; puis ce mal de tête, avec des intermissions et des exacerbations tout aussi inexplicables les unes que les autres, l'a poursuivi pendant

dix ans, jusqu'en 1892. Et cela, notez-le, en dépit d'une bonne hygiène, en dépit de tous les efforts de la thérapeutique. Il va sans dire qu'au cours de ces dix années le malade, soit de son propre gré, soit sur mon invitation, est allé maintes fois requérir l'avis de plusieurs de mes collègues (de M. le professeur Charcot notamment), qui, tous, me l'ont renvoyé avec ce même diagnostic : « Céphalée nerveuse, céphalée neurasthénique ». Il va sans dire aussi qu'il a été soumis à des médications de tout genre, sans parler du traitement spécifique à hautes doses. Peine perdue! Je puis dire que *tout* a été fait sans résultat. Et le mal s'est usé, « s'est usé de vieillesse », suivant l'expression même du patient, plutôt qu'il n'a cédé à aucun remède.

Il s'en faut, je le répète, que la céphalée neurasthénique se prolonge usuellement à ce degré. Mais sa durée, d'ailleurs très irrégulière et non susceptible d'appréciation fixe, ne s'abaisse guère au-dessous de quelques années. Si bien que c'est elle qui constitue surtout le côté fâcheux du pronostic.

Car, au total, — et avec ceci nous allons reprendre l'exposé clinique de la question — cette céphalée n'est pas une douleur vraie, vive, pénible, anxieuse, à l'instar de la migraine ou de la céphalée syphilitique soit secondaire, soit tertiaire. Le plus souvent, c'est bien plutôt un « embarras de la tête », une sensation de gêne dans la tête qu'une douleur réelle.

Elle est d'ailleurs variable comme sensations perçues. La plupart des malades se plaignent simplement d'avoir la tête pesante, alourdie, « comme on l'a au lendemain d'une bonne noce », affirmait un de mes clients. — D'autres accusent une sorte de « vague », de « vide » dans le cerveau. — Quelques-uns disent avoir la tête comme « coiffée d'une calotte de plomb » ou « serrée par un bandeau de métal, par un « cercle de fer », ou bien encore comprimée « par un casque ». Vous reconnaissez là les « *galeati* » de M. le professeur Charcot.

Comme siège, cette sensation particulière affecte de préférence les régions postérieures et latérales du crâne, spécialement encore la région occipitale (plaque occipitale de M. Charcot). — D'autres fois, elle se localise aux régions frontale et fronto-temporale.

A remarquer encore, comme divers détails utilisables pour le diagnostic différentiel, que cette céphalée neurasthénique est généralement diurne et, conséquemment, ne trouble pas le sommeil; — qu'elle apparaît le matin, au réveil; — qu'elle est parfois soulagée par les repas, mais d'une façon temporaire et souvent au prix d'une exacerbation jouant en quelque sorte le rôle de choc en retour; — qu'elle est exagérée par le travail intellectuel, la lecture, les conversations prolongées, les impressions lumineuses, le bruit, en un mot par toutes les excitations du système nerveux; — qu'à l'état ordinaire, elle n'est pas assez pénible, assez absorbante,

pour forcer le patient à s'aliter (ainsi, le malade dont je vous parlais tout à l'heure et qui a souffert de ce mal pendant dix ans, n'a jamais interrompu ses occupations d'employé de commerce); — mais que, par instants et à propos d'exacerbations passagères, elle devient plus complexe, plus « troublante », plus intolérable, et cela par adjonction de divers phénomènes sympathiques, tels que hyperesthésie singulière du cuir chevelu, (« mal aux cheveux », comme disent les patients), bourdonnements, asthénopie, état sub-vertigineux, et surtout sorte d'*abasourdissement*, que les malades traduisent en disant qu'ils « se sentent la tête vidée », qu'ils « n'ont plus la tête à eux », que, par moment, ils ne « savent plus ce qu'ils font », qu'ils « oublient tout », qu'ils sont « comme dans un nuage », etc.

Or, en présence de symptômes de cet ordre et avec un passé syphilitique, comprenez quelles peuvent être, quelles doivent être presque nécessairement les appréhensions du malade et du médecin. Effrayé par cet état de souffrance continue, plus effrayé encore par l'insuccès de tous les remèdes auxquels il a eu recours, le malade se croit à la veille d'une catastrophe cérébrale. C'est là l'état d'esprit de tous les sujets affligés de la sorte. A chacune de ses visites, mon client en question ne cessait de me répéter : « Sans doute je cours à une congestion, à un coup de sang, à une apoplexie. Un de mes amis est mort comme cela ; je n'en ai plus pour longtemps. Vous me dites le contraire, monsieur le docteur, mais

je me rends compte de mon état et je sens bien que je couve un ramollissement, etc. ». — Et, de son côté aussi, le médecin, surtout dans les premiers temps, n'est guère plus rassuré. Tout naturellement, il se demande si son malade n'est pas en voie de faire une *syphilis cérébrale*, si cet embarras permanent de la tête et cet état de souffrance encéphalique ne sont pas les prodromes d'une encéphalite spécifique.

Donc, ce qui importe en l'espèce, c'est un diagnostic. De quoi s'agit-il, en somme? Voilà la question.

Eh bien, ce diagnostic est-il possible? — Oui, tout au moins pour la grande généralité des cas. Précisons sur quelles bases il repose.

A mon sens, les appréhensions qui s'imposent en pareille situation pourront, sinon toujours, au moins le plus souvent et de beaucoup, être écartées par les quatre considérations que voici.

I. — D'abord, caractère d'*intensité de douleur*.

Dans la neurasthénie, peu de douleur, véritablement. Il y a bien embarras de la tête, sensations pénibles de lourdeur, de poids, de serrement, de « vague », de « vide dans le cerveau », mais rien autre; et surtout (je ne crains pas de me répéter), peu ou pas de douleur, au sens strictement précis du mot.

Et, en effet, interrogez les malades affectés de céphalée neurasthénique. Leur premier mot, j'en

conviens, sera pour vous dire qu'ils « souffrent de la tête ». Mais insistez, allez au fond des choses, faites préciser, et vous aboutirez presque toujours à constater qu'ils ont moins un état douloureux de la tête que des sensations anormales, bizarres, importunes dans la tête, laquelle, finiront-ils par avouer, « ne leur fait pas vraiment mal ».

Or, tout autre précisément est la céphalée syphilitique, soit la céphalée secondaire, soit la céphalée prémonitoire des encéphalopathies plus tardives.

Celle-ci est une douleur vraie, dans toute l'acception du mot, une douleur pénible, qui « fait mal et grand mal » ; — douleur tantôt gravative, tantôt lancinante, tantôt dilacérante ; — douleur toujours plus ou moins intense, quelquefois violente, angoissante, quelquefois même (mais plus rarement) atroce. C'est, à ce titre, une douleur qui ne permet plus le travail, qui abasourdit, qui « abrutit », qui anéantit, qui alite. Parfois même, dans les formes graves, c'est un symptôme qui à lui seul constitue une scène morbide presque caractéristique, en raison même de l'acuité de la souffrance.

Il y a donc ici, vous le voyez, rien que dans l'appréciation de l'*intensité douloureuse* des phénomènes morbides, un signe différentiel dont le diagnostic peut faire profit.

II. — Second point : Non pas toujours, mais fréquemment, la céphalée syphilitique se distingue par son caractère nocturne ou ses exacerbations

nocturnes. Cela est trop connu pour que j'aie besoin d'insister.

Eh bien, tout au contraire, la céphalée neurasthénique est presque toujours *diurne* et exclusivement diurne. Elle débute dès le réveil, pour se prolonger tout le jour, mais elle semble s'apaiser la nuit. Si bien que nombre de neurasthéniques vous disent ceci : « Je n'ai de bon que la nuit; alors du moins je puis dormir; ou bien, si j'ai le sommeil agité, troublé, du moins ma tête me laisse tranquille, et je n'en souffre pas. »

III. — Un troisième et excellent signe ressort d'un véritable *critérium thérapeutique*, auquel personne, en l'espèce, ne manque d'avoir recours, à savoir le traitement spécifique.

Inutile de dire ce que fait le traitement spécifique, notamment un vigoureux traitement à l'iodure, sur la céphalée syphilitique. Sauf exceptions rares, ses résultats sont doublement significatifs et par leur intensité, et par leur quasi-instantanéité. Cela est de notion vulgaire.

Inversement, la médication spécifique reste sans la moindre influence sur la céphalée d'origine neurasthénique.

Nous disposons donc en l'espèce d'un réactif des plus sensibles pour juger la question diagnostique.

IV. — A ces trois éléments séméiologiques s'en ajoute, pour certains cas, un quatrième, tiré de la *durée*, et celui-ci absolument significatif.

Souvent, en effet, trop souvent, la seule durée du mal de tête en question suffit à déterminer le diagnostic. Une céphalée, par exemple, qui se présente avec un passé de plusieurs mois, *a fortiori* d'une, de deux, de plusieurs années, ne peut être qu'une céphalée neurasthénique. Inutile, avec de tels antécédents, de mettre la syphilis en cause ; car la céphalée syphilitique a bientôt fait, tout au contraire, d'aboutir à une catastrophe cérébrale, telle qu'ictus apoplectiforme, épilepsie, hémiplégie, etc. Le problème, donc, en pareilles conditions, ne se pose même pas.

Ainsi peut être jugée, de par cet ensemble de signes cliniques, la question de diagnostic différentiel entre la céphalée syphilitique et la céphalée issue de la neurasthénie.

IX

Dans une seconde forme, la neurasthénie d'origine spécifique se présente sous une modalité clinique beaucoup plus complexe. Cette modalité n'est autre que celle de la neurasthénie usuelle, doublement remarquable, vous le savez, et par la multiplicité non moins que la diversité de ses manifestations, et par un singulier mélange de phénomènes de dépression associés à des phénomènes d'excitabilité nerveuse.

Vous décrire par le menu cette scène morbide

serait m'écarter de mon sujet et refaire sans profit un tableau maintes fois tracé par les neurologistes, d'autant que la neurasthénie d'origine spécifique n'emprunte rien de bien particulier à son origine spécifique. Je me bornerai donc à vous en rappeler les traits principaux.

D'une façon toute sommaire, voici ce que parfois on observe chez nos malades, et cela du fait, du fait indéniable de la syphilis :

I. — D'abord, comme note prédominante dans l'ensemble morbide, *asthénie* musculaire, se caractérisant par un sentiment assidu de faiblesse, de lassitude, de courbature. Les malades se disent plus fatigués au réveil qu'au coucher, constamment fatigués même sans avoir rien fait, éreintés par le moindre exercice, avachis, « propres à rien » (voilà leur mot habituel). Volontiers ils resteraient au lit une partie de la journée, ou affalés sur une chaise longue. On les prendrait pour des sujets en langueur ou pour des convalescents relevant d'une longue maladie.

II. — Parallèlement, *dépression psychique et morale*, à savoir : perte d'entrain et d'énergie; — indifférence, passivité, laisser aller moral, apathie; — aptitude moindre au travail, ce que les malades, avec la tendance à l'exagération qui constitue l'un de leurs traits dominants, qualifient « d'incapacité » ; — difficulté d'attention soutenue, d'application ; — défaillances passagères de mémoire; — lenteur de conceptions; — en un mot, sorte de

langueur intellectuelle, servant de digne pendant à cette langueur physique dont je vous parlais à l'instant.

III. — De même, *asthénie digestive* : diminution de l'appétit; — lenteur des digestions; — phénomènes variables de dyspepsie; — constipation par atonie de l'intestin.

IV. — Naturellement aussi, *asthénie circulatoire* : pouls dépressible, petit, souvent accéléré; palpitations, et alors dyspnée; — et surtout, tendance au refroidissement; algidités périphériques; extrémités refroidies et moites, quelquefois glacées et presque cadavériques.

V. — *Asthénie génitale* : diminution, voire quasi-disparition des désirs sexuels, ce que les malades (toujours avec leur exagération habituelle) taxent « d'impuissance »; — fréquemment aussi, phénomène de l'éjaculation prématurée, si commun, on le sait, chez les névropathes de tout genre.

VI. — Et, d'autre part, concurremment avec tous ces symptômes de dépression, *éréthisme* généralisé du système nerveux, se traduisant par quantité de phénomènes divers, mobiles, passagers, à savoir :

Hyperesthésies locales, et notamment hyperesthésie rachidienne à localisations variées;

Paresthésies (fourmillements, picotements, brûlures, engourdissements, prétendus « craquements » dans la nuque et la colonne vertébrale, etc.);

Hyperesthésies des sens : de l'œil, nerveusement

sensible à l'action d'une lumière un peu intense; — de l'odorat; — de l'oreille, qu'offense un bruit même léger (de là ce mot qu'on retrouve dans la bouche de tous les malades : « Une porte qu'on ouvre ou qu'on ferme me fait sauter »);

Troubles du sommeil, qui est agité, interrompu par des rêves, des cauchemars;

Et de même, au point de vue moral, impressionnabilité, *émotivité* singulière, presque caractéristique, dont s'étonnent les malades eux-mêmes, en disant qu'il suffit d'un rien pour les troubler, pour les mettre « dans tous leurs états », pour leur communiquer un tremblement nerveux.

Cette émotivité, qui se met en branle à propos de choses indifférentes, trouve plus sûrement encore matière à surexcitation dans les sensations vraies ou fausses perçues par les malades. Pour eux, tout symptôme, tout trouble devient sujet à inquiétudes et, grossi par l'imagination, se transforme en un indice menaçant. Un simple mal de tête n'est plus alors qu'un phénomène précurseur d'une syphilis du cerveau; une douleur dans le rachis ou dans les jambes, c'est l'ataxie qui se prépare, et ainsi de suite. Aussi les sujets en question sont-ils assiégés de préoccupations hypochondriaques. Bon nombre ont soin de prendre note de tous les symptômes qu'ils éprouvent, et recueillent jour par jour, sur un carnet *ad hoc*, leur propre observation. Ce sont là, comme l'a dit M. Charcot, « les gens aux petits papiers », qui n'arrivent jamais

chez le médecin qu'avec un mémorandum en règle de leur maladie.

Telle est la scène. — Sans compter qu'en certains cas, qui sont loin d'être rares, elle se complique d'autres manifestations d'ordre hystérique, soit d'hystérie franche, soit plus souvent d'hystérie vague, ébauchée, sous forme de ce qu'on appelle l'hystéricisme.

D'autre part, elle n'est pas, bien entendu, sans se prêter à d'infinies variétés. Il va sans dire, en effet, qu'un malade donné n'épuise pas jusqu'au bout l'interminable liste des symptômes précités. Tels ou tels lui sont le plus souvent épargnés, et tels autres inversement peuvent prendre sur lui une forme prédominante. En sorte que, soit par atténuation ou absence de certains phénomènes, soit par exagération et prépondérance de certains autres, le tableau de l'affection est sujet à revêtir des aspects nombreux et divers, voire à se présenter sous de véritables *formes* cliniques dont la description spéciale intéresse fort les neurologistes, mais ne saurait trouver place ici.

Toujours est-il qu'en dépit de ces différences éventuelles, le fond de la scène reste presque invariablement le même comme tumulte nerveux, comme multiplicité de symptômes, et surtout comme prédominance de phénomènes de dépression et d'excitation bizarrement accouplés.

Au surplus, un exemple pris sur nature vous

donnera mieux que toute deseription une idée générale de l'ensemble morbide.

Un de mes jeunes elients a subi sous mes yeux, au cours de la période seeondaire, deux crises neurasthéniques, dont la première ne put être rigoureusement expliquée que par l'aetion exelusive de la syphilis, et dont la seeonde fut due vraisemblablement à l'influenee combinée de la syphilis et d'un eertain surmenage intelleetuel, dérivant de la préparation d'un examen de droit.

Dans l'une et l'autre de ees erises, ee qui prédomina sur lui fut un ensemble de symptômes de langueur, de dépression, d'apathie, d'affaissement physique et moral, de véritable « avaehissement », suivant la propre expression du malade. D'une part; il se disait eonstamment las, fatigué sans avoir rien fait, eourbaturé à l'état permanent et plus eneore le matin, au réveil. D'autre part, il se plaignait d'une inaptitude au moins égale pour le travail intelleetuel, et eela en raison « d'un embarras de la tête permanent », d'une sorte de « vide dans le eerveau », d'une impossibilité à fixer son attention au delà d'un eertain temps. « Je ne puis lire, me racontait-il; je ne puis travailler. Le soir, lorsque je me mets à mon bureau pour préparer mon examen, eela va bien pour un quart d'heure, une demi-heure; puis, après eela, mes yeux errent sur mon livre et mon intelligenee ne les suit pas. Je ne sais plus ce que je lis, je ne comprends plus, je n'y suis plus.... Dans la conversation, il m'arrive

de ne plus trouver les mots.... Je passe des mots en éerivant; il m'est arrivé même de faire des fautes d'orthographe, dont j'étais honteux le lendemain en me relisant.... Il y a positivement des moments où je n'ai plus la tête à moi. »

Il aeeusait, en outre, nombre de symptômes très divers : malaise nerveux, impatienees, agaeements; — émotivité singulière; — bourdonnements, « sonneries dans les oreilles »; — vertiges; — tremblements passagers; — troubles dyspeptiques; — eonstipation; — voire troubles de loeomotion. « Par moments, il lui semblait marcher sur un parquet élastique ou bien sur un sol gondolé. » Il affirmait aussi (ee qui n'était pas sans me donner de réelles appréhensions par rapport au tabes) qu'il lui était arrivé plusieurs fois « de ne pas mettre le pied là où il voulait le poser », ou bien eneore que parfois ses jambes se dérobaient subitement sous lui.

Enfin, il était tombé dans un réel état d'hypoehondrie, vivait seul, fuyait toute distraetion, et passait littéralement son temps à s'étudier, à se déeouvrir quelque nouveau symptôme, que son imagination ne manquait pas d'amplifier ou qui même n'existait que dans son imagination. Ainsi, il se déelarait « impuissant »; mais, renseignements pris, il reeevait hebdomadairement la visite d'une jolie veuve qui ne sortit jamais de ehez lui ineonsolée. Il se disait « ineapable, propre à rien, abruti, ramolli », et il exerçait eorreetement des fonetions de elere dans une grande étude de Paris. Il préten-

dait ne plus pouvoir parler, exposer un sujet, et relatait ses souffranees avee une abondanee et une facilité d'éloeution tout à fait rassurantes. Il avouait d'ailleurs qu'à la suite de ehacune de ses visites chez moi, il se trouvait « eomme guéri pour quelques jours », parce que je l'avais « remonté », eonsolé. Mais eela ne durait guère, et bientôt il retombait dans toutes ses misères nerveuses.

Ce pénible état ne dura pas moins de quelques années. Puis l'apaisement se fit progressivement. Aujourd'hui le malade, quoique restant névropathe, peut être dit guéri.

X

Tel est, messieurs, avee de nombreuses variétés de formes, l'ensemble symptomatologique qu'on observe parfois ehez nos malades eomme eonséquenee de l'infeetion syphilitique.

Or, déjà vous avez eompris à quelles erreurs peut eonduire une scène elinique de eet ordre. Et, en effet, parmi les désordres multiples qui la composent, il en est bon nombre qui sont préeisément eeux par lesquels se traduisent les grandes maladies de la moelle et du eerveau. En sorte qu'en faee de tels phénomènes, d'ailleurs souvent amplifiés, exagérés par les malades, le médeein est foreément exposé à faire fausse route, à prendre peur, à suspecter, voire à admettre ee qui n'existe

pas, c'est-à-dire, en définitive, à diagnostiquer des états organiques du névraxe, alors qu'il s'agit de simples troubles dynamiques de ce système.

Précisons, car inutile de dire quel intérêt se rattache à la possibilité de diagnostics erronés de ce genre.

Tout naturellement, suivant que prédomineront dans la scène neurasthénique les symptômes médullaires ou les symptômes cérébraux, l'erreur possible à commettre sera faite dans le sens d'une maladie de la moelle ou d'une maladie du cerveau. Divisons donc le sujet de la sorte.

I. — Voici, je suppose, un malade qui, sans parler de divers symptômes hors de cause, vous raconte ceci : qu'il se sent faible sur ses jambes, qu'il « n'a plus de jambes », qu'il marche mal et « comme sur du coton », qu'il éprouve parfois des incertitudes, des ébranlements d'équilibre, voire (comme pour un de mes clients) qu'il « ne met pas toujours le pied là où il veut le poser » ; — qu'il a des élancements dans les membres inférieurs, des fourmillements dans les pieds, des engourdissements dans les doigts ; — qu'il est impuissant ou en voie de le devenir ; — qu'il a des éjaculations rapides, des pollutions, de la spermatorrhée ; qu'il a des troubles de la vue, des troubles de la sensibilité, des vertiges, etc., etc.

A première audition de tels symptômes comment vous défendre de l'impression que vous pourriez

bien avoir affaire à une maladie de la moelle et, plus spécialement encore, à un tabes?

Eh bien, ce n'est pas là cependant une maladie de la moelle, non plus qu'un tabes, ce n'en est que l'ombre; ce n'est là qu'un *pseudo-tabes neurasthénique*, c'est-à-dire un orage nerveux simulant par quelques phénomènes le véritable tabes.

Comment donc et sur quels signes établir ici le diagnostic entre ce faux tabes et le tabes vrai? Question capitale, s'il en fût, et sur laquelle j'ai devoir d'insister.

Or, sans parler de l'évolution morbide qui, à coup sûr, constitue le meilleur signe pour juger le débat, mais qui ne le juge qu'à plus ou moins longue échéance, il existe toujours un certain ensemble de considérations d'après lesquelles le diagnostic en question peut être établi avec sûreté.

Trois signes, d'abord, se présentent à consulter, à savoir : l'état des réflexes, l'état des pupilles, l'état des fonctions vésicales.

1° *État des réflexes patellaires.* — Et, en effet, presque toujours diminués ou éteints dans le tabes (cela même fort souvent à une époque voisine encore du début des accidents), les réflexes patellaires restent normaux ou se montrent légèrement excités dans la neurasthénie.

2° *État des pupilles.* — Dans le tabes, troubles très habituels des pupilles : ou bien myosis, ou bien inégalité des pupilles, ou bien symptôme d'A.

Robertson, etc.; — dans la neurasthénie, au contraire, pupilles normales, répondant bien à l'excitation lumineuse.

3° *État des fonctions vésicales.* — Dans le tabes, altération fréquente de ces fonctions : ou bien paresse vésicale; évacuation ne se faisant qu'au prix d'un certain effort, d'une « poussée »; — ou bien, phénomène presque caractéristique, incontinence accidentelle, et incontinence de quelques gouttes seulement; ou bien encore, accidents de rétention subite, etc.[1].

Rien de semblable dans la neurasthénie où les fonctions vésicales restent indemnes.

A ces trois signes, très souvent suffisants de par eux seuls à écarter toute incertitude[2], ajoutez encore cette autre considération éminemment frappante et distinctive, à savoir : que dans le tabes on n'observe pas ce tumulte, cet orage nerveux qui con-

1. J'ai longuement décrit ces divers accidents, si éminemment caractéristiques, dans mon livre sur la *Période préataxique du tabes d'origine syphilitique.* — V. page 16 et suiv.

2. A coup sûr aussi, on pourrait invoquer cet autre signe comme élément du diagnostic différentiel que nous étudions ici, à savoir : que les douleurs fulgurantes qui se produisent parfois dans la neurasthénie ne présentent jamais ni l'intensité, ni l'acuité des douleurs fulgurantes du tabes; — que, de plus, elles ne s'accompagnent pas de cette hyperesthésie douloureuse régionale que laissent à leur suite les douleurs fulgurantes du tabes (Levillain).

Mais ce dernier signe ne reposant que sur une appréciation *de degré* entre symptômes similaires, j'ai pensé qu'il ne pouvait être placé sur le même plan que les trois précédents, lesquels visent des symptômes présents ou absents dans les deux maladies mises en parallèle.

stitue la physionomie propre, caractéristique, de la neurasthénie. Je m'explique.

Certes le tabes est très généralement riche en troubles morbides disséminés sur divers systèmes. Mais on n'y rencontre pas cependant cette surabondance, cette multiplicité excessive de symptômes qui est usuelle dans la neurasthénie; on n'y observe pas surtout cet état de souffrance générale du système nerveux qui est presque constitutif de la névrose de Beard.

Passez-moi cette façon de parler, *trop de symptômes* sur un malade est un témoignage presque certain de neurasthénie.

Soit un malade, par exemple, qui vous déclare souffrir tout à la fois de la tête, du dos, des reins, des membres, de l'estomac, etc.; — qui accuse des troubles divers et multiples soit de la sensibilité générale (fourmillements, engourdissements), soit des sens spéciaux (bourdonnements, désordres de la vue); — qui vous dit en outre éprouver des troubles dans la marche, être sujet à des vertiges, des étourdissements, des tremblements, avoir des palpitations, des angoisses respiratoires, des insomnies; — qui se plaint d'incapacité de travail, de perte de la mémoire; — qui se plaint de pollutions, d'éjaculations prématurées, de débilité virile, et de vingt autres phénomènes encore; — voilà *trop de symptômes pour le tabes*, et, inversement, en voilà *juste assez pour la neurasthénie*. Car un tel luxe, une telle surabondance d'éléments mor-

bides ne s'observe pas dans le tabes et constitue au contraire le propre de la neurasthénie.

Ne négligeons pas non plus cet autre signe distinctif qui a bien son prix : Le tabes ne comporte pas l'*état moral* de la neurasthénie. Le tabétique est un malade qui éprouve et qui accuse des symptômes dont il ne s'inquiète que dans une mesure bien légitime, dont le plus souvent même il ne s'inquiète pas assez. Le neurasthénique est un préoccupé, un anxieux, un agité, qui n'expose ses mille souffrances qu'en les exagérant d'abord, et, d'autre part, en les raisonnant, en les interprétant dans le plus mauvais sens possible, avec un souci véritablement hypochondriaque.

Tel est, sans parler même de quelques éléments secondaires qui pourraient aussi apporter leur appoint à ce parallèle, l'ensemble de considérations qui permettra, au moins pour l'énorme majorité des cas, de différencier sûrement la neurasthénie du tabes.

XI

II. — Poursuivons. — Sous une autre face, la neurasthénie d'origine syphilitique peut simuler et simule parfois d'une étrange façon des affections *cérébrales*. Cela s'observe dans la forme qui, en

raison d'une prédominance marquée de symptômes cérébraux, a reçu le nom de *cérébrasthénie.*

Et, en effet, alors que l'orage neurasthénique (passez-moi cette façon de dire) s'oriente surtout vers le cerveau, il se traduit par des symptômes qui sont vraiment de nature à faire suspecter le début d'une grande affection cérébrale, non pas, à coup sûr, d'un ramollissement (en raison de l'âge), mais d'une syphilis du cerveau, ou, plus particulièrement encore, d'une *paralysie générale.*

Tel fut le cas, par exemple, d'un de mes clients qui se plaignait (sans parler de divers symptômes dont je vous épargnerai l'énumération) de maux de tête; — de vertiges; — de perte de la mémoire; — d'incapacité pour le travail intellectuel et même pour la lecture; — de difficulté à suivre le fil de ses idées, voire le cours d'une conversation; — d'embarras pour trouver les mots; — de bourdonnements d'oreilles; — d'engourdissements, de fourmillements dans les membres; — de tremblements; — de visions nocturnes, « d'hallucinations », etc., etc. Comme il ne cessait de conter ses misères à tout venant et avec force amplifications, tout son entourage le considérait déjà comme affecté d'une maladie du cerveau, et j'avoue qu'il me fit peur pour un temps. Or, ce n'était là qu'un ensemble neurasthénique, très différent, quand on y regardait de près, d'une syphilis du cerveau, ensemble qui s'évanouit — lentement, il est vrai — sans aboutir à rien de sérieux.

De même, un autre malade, que j'ai traité en ville avec mon éminent collègue le Pr Potain, accusait toute une série de symptômes identiques à ceux du sujet précédent, notamment comme affaiblissement général de l'intellect, diminution de la mémoire, prétendue inaptitude à toute occupation exigeant une certaine tension d'esprit, etc.; en outre, il présentait divers phénomènes qui, vraiment, étaient bien de nature à faire suspecter l'invasion d'un trouble mental des plus alarmants, à savoir : d'abord, état lypémaniaque; morosité habituelle; préoccupations hypochondriaques, voire idées de suicide. Il se disait « gravement malade et menacé à brève échéance d'accidents qui ne pouvaient manquer de l'emporter »; — puis, véritables obsessions : pendant le sommeil, rêves érotiques, lubriques, obscènes; pendant la veille, idées fixes s'imposant à l'esprit, refrains revenant incessamment à la mémoire. Quand on le faisait sortir (et cela de force, car il se refusait obstinément à toute distraction), une sorte de volonté supérieure à la sienne lui imposait, disait-il, l'obligation de lire toutes les affiches, toutes les enseignes qu'il rencontrait sur son chemin; etc., etc. Eh bien, ici encore, il ne s'agissait que d'un état neurasthénique qui se dissipa sans rien laisser à sa suite.

En face de tels ensembles cliniques, vous comprenez quelles difficultés il peut y avoir à formuler un diagnostic. C'est, qu'en effet, comme l'a très bien dit Bouveret, « les symptômes de l'épuisement ner-

veux (quelle qu'en soit l'origine, d'ailleurs) ont de trompeuses analogies avec ceux qu'on observe dans les premières périodes de certaines affections organiques du système nerveux. La cérébrasthénie donne parfois l'image du début de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale, de la tumeur encéphalique, etc. »

Toutefois, un examen méthodique et complet du malade permet, au moins le plus souvent, d'établir un diagnostic certain entre la maladie fonctionnelle et la maladie organique.

En l'espèce, ce diagnostic repose sur des considérations diverses qui, rationnellement, peuvent être distribuées sous trois chefs de la façon suivante :

I. — Dans la neurasthénie, absence des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau ;

II. — Dans la neurasthénie, multiplicité de symptômes étrangers à la scène usuelle des affections organiques du cerveau ;

III. — Dans la neurasthénie, phénomènes morbides ne présentant que l'apparence, le décor — et non la réalité — des symptômes essentiels, constitutifs, de ces dernières affections.

Je m'explique, et pour m'expliquer à l'abri de toute ambiguïté, je vais prendre un exemple sur lequel vous pourrez suivre l'application de la *triade diagnostique* que j'ai en vue.

Soit donc, je suppose, un malade neurasthénique

qui, de par un certain nombre de symptômes, ressemble à un paralytique général, à ce point qu'on pourrait s'y tromper, à ce point même (le fait s'est réalisé plus d'une fois) qu'on s'y est trompé et que l'on a cru à l'imminence, voire à l'invasion d'une paralysie générale.

Eh bien, examinons ce malade en suivant la filière de la méthode diagnostique que je propose.

I. — Premier point : N'est-il pas nombre de symptômes essentiels, constitutifs de la paralysie générale, qui font défaut sur le malade en question et dont l'absence peut suffire à exclure en toute vraisemblance cette terrible affection?

Oui, vraiment. Voyez plutôt.

Allons-nous rencontrer sur lui, s'il n'est que neurasthénique :

1° L'inégalité des pupilles? Non.

2° Les tremblements divers et caractéristiques de la paralysie générale, à savoir : le tremblement des mains? Non. — Le tremblement des lèvres? Non. — La projection saccadée de la langue « en mouvements de trombone » ? Non. — Le tremblement sur place de la langue, c'est-à-dire le tremblement interstitiel, fibrillaire, vermiculaire? Non. — Le sautillement des muscles péribuccaux? Non. — Rien de tout cela.

3° L'embarras de la parole, devenue hésitante et traînante, et, plus spécialement encore, le scandage des mots, en forme d'arrêts, de heurts sur une syllabe, rappelant, comme on l'a dit, le heurt de la

roue de voiture qui butte un instant sur un caillou du chemin? Pas davantage.

4° Des conceptions délirantes ou même une ébauche de conceptions délirantes, comme cela est d'observation si commune dans les premiers temps ou peu après le début de la paralysie générale? Non, encore.

Et ainsi de suite.

En sorte que cette absence des signes, de tous les grands signes qui caractérisent formellement, foncièrement, la paralysie générale, sera un premier argument ou, disons mieux, un premier faisceau d'arguments contre l'hypothèse d'une paralysie générale. En l'absence de tels signes, comment se hasarder à diagnostiquer une paralysie générale?

II. — Second point : Si le malade en question est un neurasthénique et un grand neurasthénique (ce qu'il doit être pour qu'on en soit à redouter sur lui l'invasion d'une paralysie générale), nous allons forcément à ce titre le trouver affecté d'une foule de symptômes nerveux de tout ordre, constituant un état de souffrance générale du névraxe. Nous allons, nous devons rencontrer sur lui, par exemple, des douleurs de tout siège, dans la tête, dans le rachis, dans les membres, dans l'estomac ; — des hyperesthésies diverses ; — une asthénie marquée du système musculaire (lassitude assidue, courbature, dépression, avachissement, etc.) ; — des troubles dyspeptiques ; — des palpitations ; — des symptômes génitaux (éjaculation prématurée, débilité

virile, prétendue impuissance) ; — et tout cela combiné, comme d'usage, à de l'éréthisme nerveux, à une impressionnabilité, à une émotivité toute spéciale ; — sans parler même de l'éventualité possible, voire probable, de divers symptômes concomitants d'hystéricisme ou d'hystérie vraie.

Eh bien, est-ce que tout cela se rencontre dans la paralysie générale? Est-ce que des symptômes de cet ordre font partie de la scène usuelle de la paralysie générale? Est-ce qu'ils seraient à leur place, dans leur cadre, avec cette dernière maladie? Vraiment non. Ce seraient, pour cette maladie, des symptômes inusités, anormaux; ce seraient, pour elle, des symptômes déplacés, superflus, sans propos, de véritables *hors-d'œuvre*, passez-moi le mot. Il y aurait presque mésalliance pour elle à contracter union avec des phénomènes de ce genre qu'elle ne comporte pas, avec lesquels elle ne va pas de compagnie, avec lesquels elle ne fait pas société.

Aussi bien, ces hors-d'œuvre — laissez-moi conserver le mot qui, vraiment, est à sa place — ont-ils une signification en l'espèce. Au point de vue diagnostique, ils témoignent contre la paralysie générale, ils l'excluent en tant qu'origine de tels symptômes. De par eux, tout clinicien ayant quelque flair sera conduit à se dire : « Voilà qui *ne va pas* avec la paralysie générale. Il faut autre chose pour motiver les accidents en question. » Et il cherchera autre chose, et, en cherchant, il découvrira la neurasthénie.

III. — Troisième point, celui-ci le plus délicat, mais le plus significatif aussi.

Examinons, analysons, disséquons un à un les symptômes accusés par le neurasthénique, et nous aboutirons presque toujours à nous convaincre qu'ils n'ont que l'apparence, l'extérieur, le décor (si je puis ainsi parler) des grands symptômes constitutifs des affections organiques cérébrales, sans en avoir la réalité, le fond. Exemples multiples.

Le neurasthénique dit n'être pas solide sur ses jambes, n'être pas certain de son équilibre, etc. Mais examinez-le bien. Vous le verrez de fait se tenir et marcher d'aplomb; vous ne surprendrez chez lui ni ces incorrections ataxiques, ni ces défaillances subites d'équilibre qu'on observe dans la paralysie générale.

Il dit de même « avoir du tremblement ». Mais le tremblement qu'il peut présenter par instants (et seulement par instants, d'une façon passagère) n'a rien d'analogue à ces tremblements divers de la paralysie générale dont je vous parlais tout à l'heure. C'est et ce n'est qu'un tremblement *émotif*, purement émotif, qui se produit à propos d'un rien, cela est vrai (à propos, par exemple, d'une émotion, d'une rencontre, d'une question, de la présence d'un médecin, etc.), mais qui s'apaise bientôt, qui ne dure pas, qui n'est pas permanent. Comparez, à cet égard, l'écriture d'un neurasthénique à celle d'un paralytique général, et vous serez édifiés.

Mieux que cela encore. A l'entendre, ce même

malade aurait « perdu la mémoire ». Eh bien, interrogez cette mémoire, scrutez-la, sondez-la de par une longue conversation avec le malade, comme aussi de par les renseignements que pourra vous fournir son entourage, et vous arriverez à reconnaître que, pour être parfois paresseuse ou distraite ou passagèrement obnubilée, ladite mémoire n'en existe pas moins, qu'elle est conservée intacte en tant qu'instrument, et que, surtout, elle ne présente pas ces effacements, ces lacunes, j'allais dire ces scotomes qu'on observe usuellement dans la paralysie générale.

De même pour l'intelligence. Le neurasthénique, qui ne se ménage guère dans ses appréciations sur lui-même, se dit abaissé, déprimé intellectuellement. A l'en croire, il ne serait plus « propre à rien » comme travail de tête; il serait même en voie de « devenir fou ou ramolli ». Sur ce point encore, messieurs, allez au fond des choses, c'est-à-dire rendez-vous un compte précis de ce qu'est l'état des facultés psychiques, cela de par un interrogatoire prolongé, de par les témoignages des parents, des amis, et vous verrez que cette intelligence, si fort dépréciée par le malade, n'est pas lésée, entamée, réduite, déprimée comme il le prétend; vous verrez que ce malade raisonne juste et bien; qu'il a la plénitude de sa conscience, de son jugement, de ses facultés; que tout ce qu'il dit, écrit ou fait est absolument correct, sensé, exempt de toute déviation; et vous conclurez, au total, que

le trouble pathologique se borne chez lui purement et simplement à ceci : une certaine *paresse à mettre en œuvre un instrument resté sain*, c'est-à-dire une certaine paresse à exercer des facultés intactes. Chez le neurasthénique, en un mot, il se peut bien qu'il y ait lassitude et courbature d'esprit, soit! Mais il n'y a pas lésion des facultés psychiques. Et, de même qu'au physique un homme las, voire courbaturé, fourbu, n'a rien de commun avec un paralytique, de même, au moral, une intelligence fatiguée, asthénique, engourdie, est bien différente d'une intelligence entamée, aberrante, déviée.

Encore un autre contraste. Le neurasthénique, certes, a des préoccupations tristes qui lui donnent un certain air de ressemblance avec le paralytique général lypémaniaque. Mais voyez ce qu'est cette lypémanie de part et d'autre.

Le neurasthénique souffre — souffre véritablement — ou de la tête, ou du rachis, ou de l'estomac. Il peine à marcher, il peine à faire travailler son cerveau. En raison de cela et pour ces motifs trop réels, il se croit menacé d'une maladie grave ou de l'encéphale ou de la moelle ou de l'estomac, et il s'inquiète, et les inquiétudes qu'il conçoit le conduisent à un état habituel de morosité, de tristesse, de chagrin. Soit! Mais rien que de raisonnable, de mentalement correct dans cet enchaînement de faits. Ces inquiétudes ont leurs motifs, bien qu'exagérées; ce chagrin n'a rien en soi d'illogique.

Inversement, que trouvons-nous chez le paralytique général? Des conceptions lypémaniaques d'une part imaginaires, inventées de toutes pièces, et, d'autre part, imbéciles, absurdes, folles. Sans plus de raison pour craindre ceci que cela, indifféremment et au gré de son imagination aberrante, le paralytique général se croit ou ruiné, ou déshonoré, ou persécuté, ou trahi, ou malade, etc., et, dans ce dernier cas, de quelles maladies parfois ne s'affuble-t-il pas! C'est sa gorge qui ne peut plus avaler parce qu'elle est « bouchée »; c'est son estomac qui est « pourri »; c'est « une bête qui lui ronge les entrailles », et ainsi de suite.

Comparez maintenant. Quelles différences entre les deux tableaux!

Enfin, n'oublions pas cette autre dissemblance vraiment caractéristique.

Le neurasthénique lypémaniaque qui se croit gravement affecté, qui se dit même « perdu » à propos d'un mal imaginaire ayant son point de départ dans une souffrance réelle, est un malade *accessible au raisonnement*, accessible à la réconfortation, à la consolation. Un médecin peut raisonner, discuter avec lui, le persuader qu'il n'a pas ce qu'il croit avoir, le rasséréner en un mot, au moins pour un temps. Tel était le cas, entre tant et tant d'autres que j'aurais à citer, de ce mien client dont je vous ai conté l'histoire et qui, fortement lypémaniaque, ne s'avouait pas moins « guéri,

temporairement guéri de tous ses maux », à la suite de chacune des visites qu'il me faisait, et guéri comment? Rien que par quelques bonnes paroles, quelques mots de consolation ou même de plaisanterie sur les nombreuses maladies qu'il croyait avoir.

Et bien, essayez de discuter avec un paralytique général et de lui démontrer l'inanité des maladies dont il se dit affligé. Il ne vous écoutera seulement pas, il ne vous fera pas l'honneur de discuter avec vous, il ne prêtera pas la moindre attention à tous vos raisonnements; vous ne le dissuaderez jamais, vous ne le consolerez pas une seconde. Autant vaudrait prodiguer vos arguments à un mur, suivant le dicton populaire. A preuve le malade que je vous montrais ce matin dans nos salles et qui, comme tant d'autres (soit dit incidemment), doit sa paralysie générale à la syphilis. Il est hanté, persécuté par une idée lypémaniaque aussi absurde que possible, dont il parle sans cesse, à tout propos et hors de propos, idée qu'il vous a répétée tout à l'heure comme il nous l'a répétée cent fois, et toujours les larmes aux yeux. « Il ne peut, dit-il, ni manger, ni aller à la selle » (bien qu'il mange et aille à la selle très normalement); et cela lui provient de ce qu'un jour « des gens, qui se sont introduits dans sa chambre, lui ont fait manger par force quantité d'aliments qu'il n'a pu digérer et qui lui restent à perpétuité dans l'estomac. » Dites-lui tout ce que vous voudrez pour le dissuader; peine abso-

lument perdue! Deux minutes plus tard, il vous racontera la même chose avec la même conviction, avec la même crise de larmes.

Voyez combien diffèrent à tous égards, quand on prend la peine de les analyser à fond, les troubles lypémaniaques de la neurasthénie et ceux de la paralysie générale.

Donc, dirai-je (maintenant que j'ai achevé mon parallèle en trois points), en procédant suivant la méthode diagnostique sus-indiquée, on aboutit presque sûrement, au moins pour la grande généralité des cas, à différencier la neurasthénie de la paralysie générale, et à l'en différencier à un triple point de vue que voici :

1° En ce que l'ensemble neurasthénique ne présente pas les symptômes essentiels, vraiment constitutifs de la paralysie générale ;

2° En ce que cet ensemble, d'autre part, surabonde en symptômes qui ne sont pas ceux de la paralysie générale et qui feraient tache dans le tableau de cette maladie ;

3° En ce que ces symptômes, quand on les analyse à fond au lieu de les regarder en surface, sont, à tout prendre, très différents de ceux de la paralysie générale.

Eh bien, ajouterai-je encore, c'est grâce à cette même méthode diagnostique, c'est par les mêmes procédés que vous arriverez avec non moins de

précision et de sûreté à différencier la neurasthénie des autres affections cérébrales qu'elle peut simuler. De cela voici la preuve.

Prenons un second type, et comme tel, nous ne saurions mieux choisir que la *syphilis cérébrale* dont si souvent, en pratique, la neurasthénie reproduit l'image.

Soit donc, je suppose, un sujet syphilitique qui, après quelques années d'infection, vient se plaindre à vous des divers symptômes suivants : maux de tête; — vertiges; — malaise cérébral mal défini : défaillances de mémoire; fatigue intellectuelle, inaptitude au travail; dépression psychique; obnubilations passagères; — malaise physique, avec faiblesse, lassitude, courbature musculaire; — engourdissements, fourmillements dans les membres; — troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles, etc., etc.

En face d'un tel ensemble, dites-moi si tout aussitôt vous ne suspecterez pas l'invasion d'une syphilis cérébrale. En sorte que votre premier souci sera d'établir par un examen plus approfondi du malade s'il est ou non sous le coup d'une encéphalopathie spécifique. Eh bien, ici encore, ce sera la méthode précédente qui, avec sa triple source d'indications, pourra vous servir de guide; car, s'il ne s'agit, dans le cas supposé, que d'une neurasthénie simple, vous arriverez à la reconnaître et à la différencier sûrement d'une syphilis cérébrale d'après les trois ordres de considérations que je

vous développais tout à l'heure. Pour préciser, vous aboutirez à mettre hors de cause en l'espèce la syphilis cérébrale :

1° Parce que, dans la scène morbide en question, feront défaut nombre de symptômes essentiels, constitutifs de la syphilis cérébrale, de symptômes sans lesquels il n'est pas permis de supposer une syphilis cérébrale, tels que : phénomènes dûment congestifs (ictus ou résolutifs ou apoplectiformes); — ébauche (tout au moins) de symptômes parétiques ou paralytiques dans la face ou les membres; — paralysies crâniennes et, plus spécialement, paralysies oculaires; — troubles intellectuels dûment avérés par début d'affaissement psychique, d'hébétude, d'amnésie, etc.; — névrite optique, etc., etc.

2° Parce que, dans cette même scène où font défaut les phénomènes précités, vous verrez intervenir tout au contraire une surabondance de symptômes qui n'appartiennent pas à la syphilis cérébrale, qui ne rentrent pas dans son cadre, qui y seraient déplacés, et qui, inversement, comportent le cachet, la physionomie propre de la neurasthénie.

3° Parce qu'enfin, si vous descendez au fond des choses, si vous prenez corps à corps tels ou tels des troubles morbides qui, sur votre malade, ont pu vous donner le change au premier abord pour des symptômes d'une encéphalopathie organique, vous verrez qu'ils n'en ont que l'apparence et non la réalité, qu'ils n'en sont, comme on l'a dit, que des « simulacres ».

De sorte qu'en définitive et de par cette triple analyse clinique, vous aboutirez facilement à restituer toutes choses en leur place et à reconnaître finalement la neurasthénie, au lieu de la syphilis cérébrale, comme origine des troubles accusés par votre malade.

XII

Dans ce qui précède je ne vous ai décrit, messieurs, que les grandes formes, les formes les plus accentuées de la neurasthénie, celles qui, plus que d'autres, s'imposent à l'attention par la netteté et l'intensité de leurs symptômes.

Que si, maintenant, j'avais dessein de compléter le tableau, j'aurais à vous dire que ces formes, prises comme types primordiaux, sont susceptibles de très nombreuses variétés, à savoir, par exemple : variétés de degré, comme intensité de phénomènes morbides; — variétés incomplètes, frustes, par absence possible et fréquente même de divers symptômes; — variétés mixtes, résultant d'associations, de combinaisons cliniques, etc. Et, de la sorte, j'aboutirais à vous décrire, comme l'ont fait déjà les auteurs qui se sont occupés de la neurasthénie en général : une forme spinale (*myélasthénie*) se traduisant plus spécialement par des symptômes médullaires; — une forme cérébrale, à prédominance d'accidents cérébraux (*cérébras-*

thénie); — une forme cérébro-spinale, qui se définit d'elle-même; — une forme périphérique; — une forme sympathique ou viscérale (neurasthénie dyspeptique, cardiaque, génitale, etc.); — une forme monosymptomatique, constituée par un unique symptôme, tel, par exemple, qu'une douleur fixe et persistante (*topoalgie* de Bloch[1]), etc., etc.

Mais de telles distinctions n'auraient pour nous

1. V. Paul Bloch, *Sur un syndrome caractérisé par la topoalgie (neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse)*, Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie, mai 1891.

Une des observations citées dans cet intéressant mémoire (obs. II) me semble bien être un exemple de neurasthénie topoalgique développée sur un sujet syphilitique et du fait de la syphilis.

J'ai dans mes notes de ville un cas semblable auquel je suis bien tenté d'attribuer également une origine spécifique. Ce cas est relatif à une jeune femme essentiellement névropathe et affectée d'une syphilis qui, négligée à ses débuts, s'est traduite plus tard par une glossite desquamative très rebelle. Or, peu de temps après l'invasion de cette glossite, la malade a commencé à souffrir d'une douleur localisée, siégeant au niveau de la dernière vertèbre dorsale et des premières vertèbres lombaires, du côté droit. Cette douleur, exactement limitée, est continue avec exacerbations ou rémissions que rien n'explique. De temps à autre elle offre des paroxysmes très accentués, avec véritables angoisses comparables aux crises néphrétiques. Elle est restée, et cela depuis plusieurs années, absolument rebelle aux médications les plus diverses et parfois les plus énergiques. — D'ailleurs, aucun autre accident ou stigmate d'hystéro-neurasthénie. — Les diagnostics les plus différents ont été portés sur l'origine de cette douleur par plus d'une douzaine de médecins et de chirurgiens qu'a consultés la malade. Pour ma part, je n'ai pas été moins hésitant que mes collègues. J'avais bien cru, pour un temps, à l'existence d'une périostite vertébrale spécifique. Mais j'ai dû renoncer à cette hypothèse, et, après longue étude de la malade, j'ai fini par être persuadé que cette douleur si singulière et si tenace n'est rien autre qu'un phénomène neurasthénique, qu'une *topoalgie* développée sur un terrain à la fois nerveux et syphilitique, et reconnaissant la syphilis

qu'un intérêt secondaire. Je sacrifierai donc les détails, et, pour me restreindre à ce qui nous touche plus directement, je terminerai ce sujet par l'exposé d'une troisième forme, la plus commune à coup sûr de toutes celles que réalise la syphilis.

Celle-ci, je ne saurais mieux la qualifier, me semble-t-il, que du nom de *forme vague et bénigne* de la neurasthénie d'origine syphilitique; — vague, parce qu'elle se compose d'un certain nombre de symptômes qui, comme importance, se rangent à peu près sur le même plan, sans prédominance marquée d'aucun d'entre eux; — bénigne, parce que ses phénomènes ne dépassent guère un diapason moyen d'intensité, notablement inférieur à celui des deux grandes formes précédentes.

Je le répète à dessein, cette forme est de toutes la plus commune. On la rencontre à tout instant. Que de fois, pour ma seule part, n'ai-je pas entendu mes clients me la décrire mieux que je ne saurais le faire, et cela dans les termes suivants :

« Docteur, je ne sais ce que j'ai, mais ça ne va pas. Je ne suis plus ce que j'étais avant d'avoir contracté ma damnée syphilis.

« Sans doute je ne suis pas malade, en ce sens que je suis debout, que je vais et viens, que je n'ai

comme origine. Sous toutes réserves, donc, je crois pouvoir présenter ce cas comme un exemple de neurasthénie monosymptomatique à forme douloureuse et de neurasthénie d'ordre parasyphilitique.

pas abandonné mes affaires; mais je me sens mal à l'aise.

« C'est, d'abord, ma tête qui est toujours lourde et chargée, comme si j'avais un poids sur le crâne ou comme si je portais un casque.

« Puis, je me sens toujours las, fatigué, avec des jambes molles, faibles, harassées comme si j'avais fait dix lieues, et je marche à peine; et, chose étonnante, je suis encore plus fatigué en sortant du lit, le matin, que le soir en me couchant.

« Il en est d'ailleurs de mon cerveau comme de mes jambes; il ne vaut guère mieux. Le travail me fatigue. Je n'ai plus d'entrain; les idées ne me viennent pas. C'est une affaire d'état pour moi que d'expédier mon courrier; moi, qui écrivais sans fatigue quinze à vingt lettres dans mon après-midi, je suis à bout maintenant quand j'en ai écrit trois ou quatre, et il faut que je me force pour continuer.

« D'autre part, je mange sans appétit; j'ai des gaz sur l'estomac, des digestions lourdes, lentes, pénibles; je ne vais à la selle que tous les deux ou trois jours.

« Je dors mal; j'ai le sommeil agité.

« Sans parler de cent autres petites misères. Ainsi, croiriez-vous que je suis devenu nerveux comme une femme? Un rien m'agace, me tourmente, me met sens dessus dessous. Si l'on m'apporte une lettre, si l'on me sonne au téléphone, ou même si je rencontre dans la rue quelqu'un de

connaissance, me voilà pris d'un tremblement comme si j'avais fait un mauvais coup. Je suis impressionnable comme je ne l'ai jamais été; je tourne à la sensitive. Joignez à cela des douleurs ici ou là, des fourmillements, des engourdissements, des agacements, des impatiences dans les jambes, etc. Si cela continue, j'aurai bientôt « mes nerfs » comme une jolie demi-mondaine.

« Et puis encore, vous savez, du côté des femmes, rien de brillant, tout au contraire!

« Ah! c'est sans doute ma sale maladie qui m'a valu tout cela. D'autant, je vous l'avoue, que j'y pense toujours. C'est cela qui me ronge. Je ne guérirai jamais. Vous avez beau, monsieur le docteur, me dire le contraire, je sais bien, moi, qu'on ne guérit jamais de la vérole; c'est une maladie qui ne pardonne pas. Mes amis (qui ne se doutent pas de ce que j'ai) me l'ont bien dit. Récemment encore l'un d'eux en est mort, et dans une maison d'aliénés; il paraît qu'il était pourri jusqu'aux os. Et, je ne me fais pas d'illusion, c'est là ce qui m'attend. »

Ce discours, messieurs, que je vous ai répété de mémoire, tant je l'ai entendu de fois, et auquel je n'ai rien changé pour lui laisser sa physionomie propre, vous représentera mieux que tout exposé dogmatique ce qu'est exactement la neurasthénie usuelle de la syphilis.

D'après ce qui précède vous avez déjà compris en effet que cette neurasthénie se distingue des

divers types qui nous ont occupés jusqu'ici par ces deux caractères, à savoir :

1° D'une part, en ce que, comme intensité de phénomènes morbides, elle ne s'élève pas au-dessus d'un diapason tout au plus moyen, laissant le malade vivre de la vie commune, lui permettant de continuer — avec difficulté et malaise, il est vrai, — ses occupations habituelles.

2° D'autre part, en ce que, constituée par un ensemble d'ailleurs très variable de symptômes nerveux, elle n'en présente aucun qui, par son importance propre, prédomine sur tous les autres.

En sorte que tout à la fois elle peut être dite *bénigne*, au moins relativement bénigne comme accidents, et *vague* comme expression, comme physionomie générale.

Eh bien, retenez ce type en vos souvenirs, messieurs, car c'est celui que vous aurez le plus souvent à constater en pratique, comme résultat possible de la syphilis.

XIII

Comme complément à ce sujet, je dois encore ajouter ceci : que les formes chroniques de la neurasthénie issue de la syphilis se compliquent quelquefois d'un symptôme tout spécial.

Ce symptôme consiste en un véritable trouble psychique qui parfois, en raison de son caractère

et de son intensité, prend le pas sur les autres phénomènes morbides contemporains, et confère à l'ensemble clinique une physionomie vraiment particulière. Il est constitué par une préoccupation hypochondriaque, par une *phobie* d'un ordre spécial, connue sous le nom de *syphilophobie* ou *syphilomanie*.

Cette syphilophobie, c'est la terreur de la syphilis, avec la manie de lui rapporter tous les troubles, tous les incidents pathologiques qui peuvent se jeter à la traverse de l'évolution morbide, voire parfois ce qui n'est ni trouble ni incident, à savoir les éventualités les plus naturelles et les plus inoffensives.

C'est ainsi que vous rencontrerez certains malades syphilitiques (je ne parle que de ceux-là pour l'instant, car il est aussi des syphilophobes sans syphilis) chez lesquels toute l'attention, toutes les préoccupations de la pensée convergent et se concentrent vers un seul objectif, la syphilis. Les malheureux affectés de la sorte en arrivent à un état d'esprit, à une situation intellectuelle où ils n'ont plus, comme ils le disent eux-mêmes du reste, que « la syphilis en tête ». D'abord, ils s'exagèrent les dangers, les conséquences possibles de la maladie. Pour eux, la syphilis devient une maladie qui ne guérit jamais, quoi qu'on fasse, une maladie forcément destinée à persécuter ses victimes toute leur vie et même au delà dans leur postérité, une maladie qui doit nécessairement aboutir aux plus

lamentables catastrophes, telles que « la carie des os, la destruction du nez, la paralysie, l'ataxie, la folie, le gâtisme, la naissance d'enfants pourris, rachitiques ou scrofuleux pour le moins », etc. Bref, c'est un monstre, qui réalise toutes les souffrances, toutes les calamités, toutes les horreurs qui peuvent affecter la pauvre espèce humaine. — Puis, d'autre part, dans cet état d'esprit, ils voient la syphilis partout. Tout ce qui leur advient, c'est de la syphilis. Le moindre bouton, la moindre efflorescence qui leur arrive à la peau ou sur les muqueuses, c'est un produit de leur maladie, c'est un stigmate de non guérison. Une douleur n'importe où, c'est un présage de carie des os ou d'affection nerveuse qui commence; un engourdissement, une crampe dans une jambe, c'est un début de maladie de la moelle, d'ataxie probablement; un mal de tête, une migraine, voilà un prodrome de syphilis faisant invasion dans le cerveau; et ainsi de suite.

Quelquefois même leur imagination « montée », exaltée, s'égare jusqu'à considérer comme suspectes de simples particularités anatomiques des plus normales. Ainsi, les papilles de la langue ou de la couronne du gland deviennent pour eux des excroissances morbides et sûrement syphilitiques. Les lacunes amygdaliennes ne sont rien autre non plus que des ulcérations, des cavernes gommeuses, etc., etc.

C'est un bonheur encore si à cette syphilophobie ne vient pas s'adjoindre, comme vésanie connexe,

la *mercuriophobie.* Car alors le malade se trouve littéralement pris entre deux ennemis également redoutables. S'il échappe à l'un, ce sera pour être victime de l'autre, et celui-ci ne vaut pas mieux que celui-là. — Mais cette combinaison est rare, et je n'en ai rencontré jusqu'ici que quelques exemples. Du moins les malheureux *terrorisés* de la vérole conservent-ils usuellement la consolation de « croire au mercure » et de le considérer comme un reste de salut possible dans leur détresse.

Cette syphilophobie — *phobie* spéciale par son objectif, mais identique d'essence à tant d'autres phobies neurasthéniques — comporte tout naturellement de son chef une conséquence que déjà vous avez prévue. C'est de compliquer la scène morbide et d'en exagérer le pronostic ; cela, en raison même de l'anxiété morale permanente qu'une telle vésanie inflige au patient, et de la réaction dépressive qu'elle ne manque guère d'exercer sur l'économie.

XIV

Je serai bref sur les deux questions de pronostic et de traitement. C'est qu'en effet à ce double point de vue la neurasthénie de nos malades ne se différencie guère, en dépit de son origine spécifique, de la neurasthénie commune.

I. — Certes un malade syphilitique guérit toujours de la neurasthénie qu'il doit à la syphilis.

Mais comment en guérit-il? Péniblement et lentement, en général au prix de mois dans les cas les plus heureux, au prix d'années bien plus souvent.

Puis, l'affection guérie, reste toujours l'ébranlement du système nerveux, prétexte possible à recrudescences ou rechutes.

Spécifions toutefois une différence importante entre les diverses neurasthénies d'origine spécifique. Celles qui se produisent dans les premiers temps de l'infection, en compagnie et à l'occasion de grandes poussées secondaires, sont généralement peu durables, relativement bénignes, et peu menaçantes pour l'avenir. Comme moyenne, elles disparaissent en six à huit ou dix mois. — Tandis que celles qui n'entrent en scène que plus tardivement, dans l'étape tertiaire, et indépendamment de toute poussée spécifique contemporaine, celles qui de la sorte se produisent pour leur compte, si je puis ainsi parler, sont bien autrement persistantes, rebelles, ne s'effacent qu'au prix d'années, et laissent toujours à leur suite un trouble durable du système nerveux.

II. — Au point de vue thérapeutique, une déclaration s'impose à moi tout d'abord. C'est que, malgré son origine spécifique, la neurasthénie de la syphilis n'est en rien justiciable du traitement spécifique, n'est en rien modifiée par lui. Vainement l'attaqueriez-vous, comme je l'ai fait, par des doses intenses, massives, de mercure ou d'iodure,

vous n'obtiendriez rien ou presque rien de ces deux remèdes, dont l'action s'exerce cependant d'une façon si puissante sur la presque totalité des accidents syphilitiques.

A cet égard, donc, la neurasthénie de nos malades se trouve naturellement prendre place dans la série de ces manifestations si curieuses qui, bien que reconnaissant la syphilis comme origine, restent inaccessibles à l'influence des agents antisyphilitiques. Il en est d'elle, sous ce rapport, comme de la syphilide pigmentaire, comme du tabes, comme de la paralysie générale, etc. C'est dire qu'elle fait partie du groupe des affections *parasyphilitiques*.

Loin de moi, toutefois, l'intention d'affirmer ici que le traitement antisyphilitique soit absolument dépourvu de toute utilité relativement à la neurasthénie d'origine syphilitique. Je ne dis pas, je ne veux pas dire qu'il soit superflu de traiter la syphilis d'un malade affecté de neurasthénie spécifique, et que cette neurasthénie n'ait rien à attendre de la médication dirigée contre la diathèse. J'estime au contraire qu'elle en peut bénéficier *indirectement*, comme je crois en avoir eu la preuve plusieurs fois. Mais il n'en reste pas moins avéré qu'elle n'obéit en rien à cette médication comme le fait une manifestation vraiment syphilitique, comme le fait, par exemple, une syphilide ou une gomme, et c'est là le point qui nous intéresse pour l'instant.

Si bien qu'au total, sans parler des agents spécifiques qu'il peut y avoir intérêt à mettre en

œuvre contre la diathèse, le traitement de la neurasthénie d'origine syphilitique n'est autre que celui de la neurasthénie commune et se compose des mêmes moyens, des mêmes méthodes, à savoir : comme tête de ligne, hydrothérapie; — puis bromures; — électricité; — massage; — changement de milieu, voyages, distractions, cures d'air; — réconfortation morale de la part du médecin; — au besoin même, injections de liquides organiques, dont la spécificité ne réside guère, je crois, que dans la suggestion, ou, mieux, petites transfusions de sérum, de phosphate de soude[1], etc., etc. —

1. Dans un article tout récent, un de nos plus distingués collègues, le Dr Mathieu fait un éloge particulier des transfusions de sérum et des injections au phosphate de soude. « Il est incontestable, dit-il, que de petites transfusions de sérum (25 à 50 ou 100 centimètres cubes de liquide) relèvent la tonicité. Je les emploie à l'hôpital d'une façon courante, et j'ai tendance à les substituer aux injections de caféine dont on a tant usé, sinon abusé, depuis quelques années.... Contre la neurasthénie, j'ai obtenu des résultats quelquefois presque *miraculeux* avec un liquide ainsi composé :

℞ Phosphate de soude.	4	grammes.
Chlorure de sodium.	2	—
Glycérine neutre.	20	—
Eau distillée.	80	—

Je n'attache à ce liquide aucune spécificité, bien que le phosphore soit le métalloïde des masses nerveuses.

Récemment, à l'hôpital Lariboisière, deux centimètres cubes de ce liquide m'ont servi pour transformer, pour ressusciter en quelque sorte un neurasthénique presque incapable de quitter son lit. Il faut dire qu'à la formule précédente j'avais ajouté une *dose élevée de suggestion*. C'est ce qu'il faut faire en cas semblable, et j'aimerais mieux, au besoin, augmenter encore la suggestion et diminuer la dose de phosphate de soude. » — Je partage absolument cette dernière opinion. — V. *Gazette des hôpitaux*, 7 septembre 1893.

Tout cela, je n'aurais rien à vous en dire qui n'ait été dit maintes fois par les neurologistes; je vous renvoie donc sur ce point aux traités spéciaux.

XV

Un dernier point me reste à discuter, pour terminer ce sujet; c'est celui des rapports pathogéniques qui relient à la syphilis les manifestations neurasthéniques dont nous venons de parler.

Certes, il n'est pas douteux que des accidents de neurasthénie se rencontrent fréquemment chez les malades affectés de syphilis. Ce fait, en lui-même, n'est pas sujet à contestation.

Mais, à coup sûr aussi, tout ce qui se produit sur un syphilitique n'est pas par cela même, *ipso facto*, syphilitique. Si bien qu'on pourrait dire et qu'on a dit : « Soit! Voilà de la neurasthénie sur un sujet syphilitique, mais c'est de la neurasthénie sur un sujet syphilitique, ce n'est pas de la neurasthénie syphilitique. Coïncidence de hasard, rencontre fortuite, et rien de plus. »

Eh bien, que de la neurasthénie se produise parfois sur un sujet syphilitique sans que la syphilis ait rien à y voir, c'est possible, c'est fort possible assurément, et cela pour la bonne raison que la syphilis ne préserve de rien, tout au contraire. *A priori* le bon sens dit que des cas de cet ordre

doivent se rencontrer, et l'expérience confirme cette induction.

Mais, que la syphilis ne soit pour rien en d'autres cas, voire pour la plupart, pour la grande majorité des cas où la neurasthénie vient à se produire sur des sujets syphilitiques, c'est là ce qu'il est impossible de croire, c'est là, pour ma part, ce que je me refuserai absolument à admettre. Je suis persuadé tout au contraire que, pour nombre de ces cas, il est impossible de refuser à la syphilis le titre de cause productrice, génératrice de cette neurasthénie. Et cela pour les mêmes raisons qui nous ont conduits ou nous conduiront à admettre un rapport de cause à effet entre la syphilis et la syphilide pigmentaire, le tabes, la paralysie générale, etc.

Quelles sont donc ces raisons? — J'en trouve au moins quatre, toutes probantes, chacune pour son compte, et se prêtant de plus un mutuel appui. — Les voici :

I. — D'abord, *fréquence* même de ces accidents neurasthéniques au cours de la syphilis.

Ce premier argument, à coup sûr, sera différemment apprécié. Je m'attends à ce qu'il ne trouve guère faveur près de ceux de nos collègues qui ne voient des syphilitiques qu'accidentellement, de loin en loin, et qui conséquemment ne sont pas en situation d'apprécier la fréquence de tels symptômes dans la syphilis. Ceux-là même peut-être, inconsciemment, commettront l'injustice de considérer la neurasthénie comme une mani-

festation rare de la syphilis parce qu'ils n'ont que rarement à traiter des syphilitiques.

Tout au contraire cet argument sera estimé à sa juste valeur par les médecins qui, comme nous, vivent dans le milieu de la syphilis. Ceux-ci forcément se souviendront qu'ils ont rencontré plus ou moins souvent la neurasthénie chez leurs malades, et assez souvent en tout cas pour ne pouvoir l'imputer à des coïncidences de hasard. Ceux-ci, bien sûrement, se diront et diront avec nous : Oui, la neurasthénie est d'observation assez commune au cours de la syphilis, et trop commune vraiment pour qu'il n'y ait pas lieu, au nom du bon sens, de reconnaître là une influence spécifique, pour qu'on ne soit pas autorisé à admettre entre elle et la syphilis une relation pathogénique irrécusable.

II. — Second argument : Conditions dans lesquelles se produit parfois cette neurasthénie au cours de la syphilis.

Il est des cas où la connexion pathogénique de la neurasthénie avec la syphilis s'atteste d'une façon positivement indéniable, tenant de l'évidence. Ce sont, entre tous, ces cas si curieux où la neurasthénie entre en scène concurremment avec tout un groupe, tout un ensemble de manifestations syphilitiques d'autre genre.

Voici, par exemple, une jeune femme qui subit une poussée intense de syphilis secondaire, se caractérisant par des déterminations morbides profuses, disséminées sur tous les systèmes : syphi-

lides de la peau, syphilides des muqueuses, adénopathies, périostites, accidents fébriles, alopécie, douleurs diverses, etc.; dans le même temps se manifestent divers phénomènes de neurasthénie aiguë, qui évoluent d'une façon parallèle. Eh bien, est-ce que ces derniers phénomènes ne font pas évidemment partie d'un tout; est-ce qu'ils sont dissociables de l'ensemble morbide, du « *bloc* », suivant une expression à la mode du jour? Est-ce qu'il serait légitime, logique, de scinder un tel ensemble et de dire : « Dans cet amas de symptômes, tout ce qui se passe à la peau, sur les muqueuses ou sur les os, c'est de la syphilis; tandis que tout ce qui intéresse le système nerveux, ce n'est pas de la syphilis, ce n'est là que *par hasard* en société de tous ces accidents de même nature, et la syphilis n'a rien à y voir »? — Non, à coup sûr, et le bon sens protesterait contre une pareille interprétation.

Donc, très certainement en l'espèce la neurasthénie dérive, procède de la syphilis.

III. — Ajoutez à cela qu'en nombre de cas, étant donnée une neurasthénie sur un sujet syphilitique, l'inventaire étiologique le mieux fait, le plus consciencieux, n'aboutit à révéler que la syphilis comme cause, comme cause *unique* de cette neurasthénie.

Exemple. Voici un sujet affecté de syphilis qui est devenu neurasthénique. Vous recherchez sur lui avec un soin méticuleux la raison, le pourquoi de cette neurasthénie; et je suppose que vous ne

trouviez rien autre que la syphilis pour l'expliquer. Pas d'influences héréditaires ; — pas de surmenage intellectuel ou physique; — pas d'émotions, pas de secousses morales; — pas de traumatisme; — pas d'exeès, pas d'éearts; — pas d'intoxieation; — pas de maladie infectieuse, voire nul état morbide dans les antéeédents; — en un mot, à part la syphilis, rien, rien à invoquer eomme étiologie.

Eh bien, est-ee qu'en pareille oeeurrenee vous dédaigneriez d'admettre que la syphilis ait pu servir de raison, de eause à eette neurasthénie? Est-ee que la syphilis n'est pas de nature et de taille à produire ee que, sans hésitation, vous attribueriez volontiers à une émotion morale, à un chagrin, à un traumatisme, à la grippe, ete.? Iei, eomme dans le eas préeédent, le bon sens ne vous suivrait pas dans eette voie.

IV. — Enfin, eomme dernier argument, je vous répéterai ee que déjà j'ai été eonduit à vous dire et serai eonduit à vous redire eneore plus d'une fois au eours de eet exposé : e'est que, vraiment, *la syphilis est bien faite pour provoquer des phénomènes neurasthéniques*, et eela à des titres divers : en tant que maladie infeetieuse; — en tant que maladie dépressive, anémiante; — en tant que maladie exerçant sur l'organisme une réaction d'ordre moral parfois des plus intenses; — en tant que maladie partieulièrement disposée à porter ses atteintes sur le système nerveux.

A ee dernier point de vue, je vous eiterai une

statistique qui sans doute fixera vos convictions.

Je dois à l'un de mes maîtres l'utile manie (qu'incidemment je vous recommande à mon tour) de conserver sur tous les cas qui se présentent à moi, dans la clientèle de ville, une note, une mention, si succincte soit-elle. Or, il y a quelques années, j'ai eu la curiosité de savoir où en était ma collection (qui remonte à 1860) par rapport à la fréquence relative des nombreux accidents qui composent la syphilis tertiaire. J'ai donc fait mon inventaire, et suis arrivé de la sorte à des constatations qui m'ont surpris tout le premier. Voici, en effet, ce que j'ai trouvé sur un total de 3429 cas de manifestations tertiaires de tout ordre :

Syphilides tertiaires.	787	cas.
Gommes sous-cutanées.	128	—
Lésions tertiaires des organes génitaux. . .	157	—
— de la langue.	152	—
— du voile palatin..	179	—
— du pharynx.	71	—
— de diverses muqueuses. .	30	—
Lésions osseuses..	336	—
Lésions osseuses du squelette nasal et du palais osseux.	173	—
Arthropathies.	14	—
Gommes tendineuses..	3	—
— musculaires.	12	—
Lésions du tube digestif.	4	—
Syphilome ano-rectal, rétrécissement rectal.	5	—
Lésions du larynx et de la trachée.	23	—
— du poumon	14	—
— du cœur.	2	—
— de l'aorte.	6	—

Lésions du foie		9	cas.
— du rein		9	—
— du testicule		145	—
— de l'œil		69	·
— de l'audition		8	—
SYSTÈME NERVEUX. Syphilis cérébrale	461	1085	—
Accidents cérébro-spinaux	11		
Monoplégies	3		
Syphilis médullaire	77		
Tabes	355		
Tabes cérébro-spinal	45		
Atrophies musculaires	19		
Paralysie générale	32		
Aliénation	9		
Paralysies oculaires	57		
Hémiplégie faciale	13		
Affections nerveuses diverses	3		
Affections diverses		8	—
Total		3429	cas.[1]

Ainsi, dans cette statistique, les manifestations tertiaires intéressant le système nerveux marchent *au premier rang* comme fréquence. Elles dépassent et dépassent même de beaucoup numériquement (comme 1085 est à 787) les manifestations cutanées, lesquelles cependant étaient considérées jusqu'alors comme les plus communes de toutes, lesquelles sont partout données comme constituant l'expression la plus habituelle, l'expression favorite par excellence du tertiarisme.

1. V. A. Fournier, *Recherches sur la syphilis tertiaire*, Congrès international de dermatol. et de syphil., 1889; — et Arch. gén. de médecine, septembre 1889.

Qu'est-ce donc à dire, sinon ceci : que, *de tous les systèmes organiques, c'est le système nerveux qui se trouve le plus fréquemment affecté par la syphilis tertiaire*?

Conséquemment, le principe, l'agent pathogène de la syphilis, quel qu'il soit d'ailleurs, virus, microbe ou toxine de microbe, constitue principalement un véritable *poison du système nerveux.*

Or, s'il en est ainsi, vous voyez, pour en revenir à notre sujet, que la syphilis a bien tous les droits possibles à servir de cause, d'origine à la neurasthénie.

Je terminerai donc en disant : Certes, il n'est pas étonnant que la syphilis produise la neurasthénie; ce qui serait étonnant, inexplicable, c'est qu'elle ne la produisît pas.

XVI

HYSTÉRIE PARASYPHILITIQUE.

Nous venons de voir l'hystérie s'associer à la neurasthénie d'origine syphilitique. Il me reste à vous la montrer se produisant d'une autre façon sous la même influence, à savoir d'une façon *isolée*, indépendante, exclusive ou tout au moins prédominante.

Quelques mots suffiront à ce propos. Car, chose extraordinaire et presque mémorable, on ne dis-

eute guère sur les connexions possibles de l'hystérie avec la syphilis. D'une part, tout le monde admet que l'hystérie peut être soit réveillée, soit excitée de toutes pièces par la syphilis; et, d'autre part, on s'accorde généralement à reconnaître que cette hystérie, alors même qu'elle se développe sous l'influence d'une cause syphilitique, n'est en rien pour cela de nature syphilitique.

« L'hystérie, a dit le Dr Brissaud, est une et indivisible. » Qu'elle dérive ou d'une cause morale, ou d'une cause toxique (saturnine, mercurielle, alcoolique, etc.), ou du traumatisme, ou d'une maladie infectieuse aiguë, ou d'une maladie infectieuse chronique, n'importe, elle est et reste toujours hystérie. Elle ne devient ni saturnine, ni mercurielle, ni syphilitique, pour s'être développée sous l'influence du plomb, du mercure ou de la syphilis. Sa nature ne change pas avec sa cause. Et, je le répète, l'hystérie de toute cause n'en reste pas moins l'hystérie commune, avec des origines différentes.

Pas de combat en l'absence de combattants. Donc, en l'espèce, je n'ai pas à me mettre en frais de démonstration, puisque la démonstration que j'aurais à établir est jugée faite de l'aveu presque unanime. Je me bornerai donc, sans discussion, à énoncer comme acquis les deux points suivants :

1° L'hystérie peut dériver de la syphilis;

2° L'hystérie qui se développe sous cette influence n'est que d'*origine* et non de nature syphilitique; — par conséquent, elle rentre pour nous dans la

catégorie des affections parasyphilitiques; c'est une *hystérie parasyphilitique.*

Je l'ai dit de vieille date[1] et, je crois, démontré, la syphilis est susceptible d'exercer sur les névroses en général et sur l'hystérie en particulier, une double action, à savoir : une action de *réveil* et une action d'*éveil.* En autres termes, elle peut : soit stimuler ou réveiller une hystérie préexistante, ou calmée ou éteinte; — soit engendrer, créer de toutes pièces une hystérie qui n'existait pas avant elle, qui tout au moins n'existait qu'à l'état latent, et qui peut-être bien, sans elle, ne se serait jamais produite.

C'est, en effet, sous ces deux catégories que se rangent tous les cas d'hystérie d'origine spécifique. Quand on observe sur une femme ou sur un homme (n'importe) des accidents d'hystérie rationnellement imputables à la syphilis, on peut presque indifféremment avoir affaire soit à un sujet sur lequel, antérieurement à la syphilis, des manifestations hystériques s'étaient déjà produites, soit à un sujet resté indemne jusqu'alors de tout phénomène de ce genre.

Que cette dernière éventualité soit surtout relative à des sujets *prédisposés*, préparés de nature, qui, sans être des hystériques en action, n'en sont pas moins des hystériques en puissance, des hysté-

1. Voy. *Leçons cliniques sur la syphilis*, 1re édit., 1873.

riques « de fond », cela n'est pas discutable et cela résulte même de l'observation. Mais ce qui n'est guère plus controversable, je crois, c'est qu'en certains cas l'hystérie issue de la syphilis se développe sur des sujets à antécédents non hystériques, chez lesquels rien, ni dans l'hérédité, ni dans le passé pathologique personnel, ni dans l'habitus, la physionomie, etc., ne pouvait faire présager une manifestation de cet ordre. Il est positivement des syphilitiques sur lesquels l'hystérie s'abat de la façon la plus inattendue, la moins *préparée*, la moins motivée par la personnalité même de la victime. Et ce n'est pas là, à coup sûr, un des traits les moins curieux en la matière.

Je précise, en prenant pour exemple l'*hystérie secondaire* de la femme, type jusqu'ici le plus étudié et le mieux connu.

Or, ce qu'on observe chez la femme, dans les jeunes étapes de la diathèse, est ceci : Deux ordres de cas très nettement différenciés quant au début, quant à l'entrée en scène des accidents. Ainsi :

I. — Premier ordre de cas. — Il est absolument commun que des femmes hystériques de vieille date, mais dont les accès, je suppose, s'étaient amendés depuis un certain temps, présentent tout à coup une récidive ou une recrudescence de leurs anciens malaises nerveux au cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime à tout l'être le poison de la vérole, ces

femmes redeviennent alors subitement hystériques *à compte nouveau*, si je puis ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur, si elles n'avaient cessé de l'être. Elles *reprennent leurs accès convulsifs*, *elles reprennent leur état vaporeux*, *leur susceptibilité nerveuse*. En un mot, l'hystérie, qui semblait calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle.

Et quoi d'étonnant, messieurs, à ce que la syphilis donne ainsi « le coup de fouet » à une névrose aussi mobile, aussi impressionnable — passez-moi le mot — et aussi sujette à oscillations, à recrudescences, que l'est l'hystérie? Ne voyons-nous pas chaque jour cette névrose subir des exacerbations semblables sous l'incitation des causes les plus variées, de perturbations physiques comme de commotions morales? Et la vérole n'est-elle pas bien faite, à tous égards, pour stimuler une affection si facilement accessible aux excitations de tout genre?

II. — Second ordre de cas. — En autres circonstances (à la vérité beaucoup plus rares), on voit se manifester sur certaines femmes, à la période secondaire, des phénomènes hystériques ou hystériformes qui n'ont été précédés, avant l'infection, d'aucun accident semblable. Interrogeant alors avec le plus de soin possible les malades sur lesquelles on observe de tels symptômes, on ne reçoit d'elles ou de leur entourage que des témoignages absolument négatifs sur l'existence antérieure d'un

état hystérique, voire parfois d'une simple disposition au nervosisme. Il reste donc matériellement certain que l'hystérie est de fraîche date pour ces femmes, qu'elle ne s'est développée sur elles que d'une façon toute récente, qu'elle est apparue avec la période secondaire, bref qu'elle figure au nombre des accidents *nouveaux* introduits sur la scène par la syphilis.

Et cependant, comme pathogénie, il est vraiment impossible, en de telles conditions, de ne pas rattacher ces accidents à une influence de la diathèse. Coïncidant, au moins dans la plupart des cas, avec d'autres manifestations d'origine incontestablement spécifique, nés en même temps que ces dernières et affectant une évolution parallèle, les symptômes hystériques en question font évidemment partie d'un ensemble, d'un *tout* dont on ne saurait raisonnablement les distraire. Ils sont donc très certainement d'origine syphilitique; ils composent donc une sorte d'*hystérie secondaire*, dont la réalité clinique, amplement démontrée par des observations nombreuses, ne saurait plus être contestée.

XVII

L'hystérie parasyphilitique se manifeste à des étapes très variées de la diathèse, à savoir : soit dans l'étape secondaire, soit dans l'étape tertiaire.

Au cours de l'étape secondaire, elle entre géné-

ralement en scène à propos et à l'occasion d'un stimulus quelconque, par exemple d'une échéance d'évolution (début de la période secondaire) ou d'une poussée éruptive. Et alors sa connexion chronologique avec d'autres manifestations de syphilis la dénonce forcément à l'attention. Il serait difficile en telle occurrence d'en méconnaître l'origine spécifique.

Dans l'étape tertiaire, elle se produit à époques naturellement très diverses. On l'a observée jusqu'ici (à ne parler que des cas bien authentiques) de la troisième à la douzième année. Mais nul doute qu'on ne la rencontre quelque jour à terme encore plus reculé, s'il en est d'elle (et cela doit être) comme de la presque totalité des manifestations tertiaires, lesquelles comportent, on le sait, comme échéances d'apparition, des différences parfois considérables.

Cette hystérie tertiaire se manifeste quelquefois en coïncidence avec telles ou telles déterminations d'ordre spécifique (exostose, sarcocèle, caries nasales, paralysie oculaire, voire symptômes de syphilis cérébrale, etc.). Mais, bien plus souvent que l'hystérie secondaire, elle apparaît *seule* en scène, sans cortège, isolément; bien plus souvent que cette dernière, elle se produit pour son propre compte, si je puis ainsi parler. Or, vous concevez quelle difficulté ce fait même crée au diagnostic; vous concevez s'il n'y a pas risque, en pareille condition, de prendre cette hystérie pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une manifestation de lésions or-

ganiques, pour une manifestation de syphilis cérébrale par exemple.

Secondaire ou tertiaire comme échéance d'invasion, l'hystérie parasyphilitique n'emprunte pas une symptomatologie spéciale à la cause spéciale dont elle dérive. Bien qu'issue de la syphilis, elle n'en reste pas moins l'hystérie commune, vulgaire, banale, en tant que qualité de phénomènes morbides. Je n'ai donc pas à vous la décrire ici, d'autant que je n'aurais rien à ajouter ni à modifier au tableau magistral de cette affection, tel qu'il est sorti de l'École de la Salpêtrière, tel qu'il est reproduit dans le beau livre de mon collègue le Dr Gilles de la Tourette[1].

Je me bornerai donc à des aperçus généraux pour vous dire d'une façon toute sommaire que cette hystérie est essentiellement variable comme symptômes et absolument polymorphe; — que, de plus, en tant qu'importance, en tant que caractères de manifestations, on peut lui reconnaître trois formes, à savoir :

1° Une forme *légère*, atténuée, fruste; — d'une part, pauvre en troubles morbides, et, d'autre part, consistant en des troubles morbides superficiels, mitigés, ébauchés, incomplets. — Ce n'est guère là que de « l'hystérie vaporeuse », comme on dit vulgairement, de l'hystéricisme même plutôt que de l'hystérie vraie.

1. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, Paris, 1891.

Dans cette forme peut aussi prendre place, nosologiquement, la variété bénigne d'hystéro-neurasthénie que je vous ai décrite dans ce qui précède et qui consiste en une série de symptômes neurasthéniques légers, avec addition de quelques symptômes hystériques tout aussi faiblement accentués.

2° Une forme *moyenne* — la plus commune, je crois — consistant en ceci, comme symptômes les plus usuels : Éréthisme nerveux général, vague et mal défini; modifications du caractère, « énervement », impressionnabilité singulière, malaise moral et psychique, mobilité d'humeur, irascibilité, caprices, pleurs sans motifs, colères sans causes, etc. ; — sensations douloureuses fixes ou erratiques, difficilement localisables en général : constriction thoracique, poids à l'épigastre, dyspnée sans raison, pandiculations, vapeurs, pâmoisons, hyperesthésie rachidienne, globe hystérique remontant de l'estomac à la gorge, pour produire en ce point une sensation d'étouffement, de strangulation ; — troubles de sensibilité, multiples et variés : hyperesthésies ou anesthésies locales de la peau et des muqueuses; perte du réflexe conjonctival et du réflexe pharyngé; — parfois aussi (mais moins fréquemment), troubles sensoriels vers la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe, et, notamment, rétrécissement du champ visuel; — troubles musculaires variés : spasmes, tremblements, convulsions partielles; — et enfin, véritables crises d'hystérie con-

vulsive, avec tous les symptômes et les variétés qu'elles comportent.

3° Une forme *grave*, constituée par addition aux phénomènes qui précèdent de symptômes véritablement sérieux, importants, importants soit par les troubles fonctionnels qui en dérivent, soit par leur durée longue, très longue, parfois indéfinie, à savoir : hémianesthésie sensitive; — hémianesthésie sensorielle très accentuée; — paralysies diverses; — monoplégies; — paraplégie; — apoplexie hystérique[1]; — et surtout hémiplégie, type le plus commun, type commun à ce point qu'on a voulu en faire l'expression la plus usuelle, l'expression prédominante, principale, de l'hystérie parasyphilitique[2], notamment à la période tertiaire.

Il ne rentre pas dans mon sujet de vous faire l'analyse de ces multiples déterminations possibles de l'hystérie d'origine spécifique. Mais, en revanche, j'ai le devoir de vous signaler ici un grand fait sur lequel j'appellerai toute votre attention. Ce fait, c'est la confusion facile, naturelle, presque forcée, de quelques-uns de ces symptômes graves de l'hystérie parasyphilitique avec des symptômes de même ordre dérivant de lésions organiques de syphilis.

1. V. Debove, Soc. médicale des hôpitaux, 1879.
Achard, *De l'apoplexie hystérique*, Thèses de Paris, 1887.
H. Rouby, *Contribution à l'étude de l'hystérie toxique; — de l'apoplexie hystérique dans la syphilis*, Thèses de Paris, 1889.
2. V. A. Richard, *Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques*, Thèses de Paris, 1887.

Que de fois, avant que l'histoire clinique de l'hystérie ne fût devenue ce qu'elle est aujourd'hui sous l'impulsion d'une école célèbre, des manifestations d'hystérie faisant invasion chez des sujets syphilitiques n'ont-elles pas dû être prises pour ce qu'elles n'étaient pas, c'est-à-dire être rapportées à des lésions organiques et recevoir au total l'étiquette diagnostique de « syphilis cérébrale » ou de « syphilis médullaire »! Pour ma part, je fais une confession formelle et je dis en toute sincérité : « Tel cas qu'il y a une quinzaine d'années j'aurais classé sans hésitation et sans arrière-pensée dans la syphilis cérébrale, aujourd'hui je le classe dans l'hystérie; et cela, parce que, grâce aux travaux de mes collègues en neurologie, grâce aux progrès de la science contemporaine, j'ai appris à connaître des manifestations hystériques dont je n'avais pas notion autrefois[1] ». Et, comme tout le monde, je crois, aurait à faire le même aveu, il résulte de là que nombre de cas qui ont été catalogués jadis sous la rubrique syphilis cérébrale ou syphilis médullaire doivent rentrer dans le domaine de l'hystérie parasyphilitique. Il y a donc sur ce point matière à révision relativement aux documents anciens. C'est là ce qu'ont dit également MM. Debove et Achard; j'ajouterai seulement ce qu'ils n'ont pu dire, à savoir que leurs intéressants travaux serviront utilement ce travail de révision.

1. V. Bulletin de la Soc. française de dermatol. et de syph., 1892.

Eh bien, à ce propos, il importe que je vous présente quelques spécimens cliniques, pour bien vous faire comprendre à quelles erreurs peut conduire l'hystérie parasyphilitique méconnue.

I. — Ce sont d'abord les *monoplégies* qui peuvent donner le change. Exemple.

Un jeune homme contracte la syphilis en 1884. Il en est fortement éprouvé, au point de maigrir considérablement, de devenir « méconnaissable ». En 87, il est pris d'une parésie du membre inférieur gauche, avec perte de la sensibilité dans ses trois modes, secousses dans la jambe, douleurs lancinantes et affaiblissement du réflexe rotulien. — Tout naturellement, le soupçon d'une monoplégie organique par syphilis s'imposait de prime abord. Eh bien, en étudiant à fond le malade, M. Landouzy eut le mérite de ramener le diagnostic dans la bonne voie, et cela de par la constatation de toute une série de stigmates hystériques, à savoir : abolition du réflexe pharyngé, rétrécissement du champ visuel gauche, dyschromatopsie gauche, affaiblissement de l'odorat et de l'ouïe à gauche, extinction complète du goût sur la moitié gauche de la langue, etc.

C'était donc une monoplégie par hystérie parasyphilitique dont, bien sûrement, était affecté le malade[1].

1. Cas emprunté à un très remarquable travail du Dr G. Guinon sur *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Thèses de Paris, 1889.

II. — De même pour les *paraplégies*. A ce propos, écoutez le fait suivant, à coup sûr des plus curieux.

Une jeune femme syphilitique entre dans le service de mon bien regretté collègue et ami le Dr Vidal. En pleine évolution secondaire, elle est prise d'une paraplégie à marche rapide, qui se complète en quelques jours. Survenue en de telle conditions, cette paraplégie semblait donc bien légitimement devoir être imputée à la syphilis. Elle n'en était cependant qu'un résultat indirect; en réalité, ce n'était là qu'une paraplégie *hystérique* provoquée par la syphilis. Et de cela voici la preuve, ou plutôt tout un arsenal de preuves : 1° D'abord, la malade était une ancienne hystérique, dont les accès, à la vérité, s'étaient absolument calmés depuis sept ans (remarquez le fait au passage, comme un bel exemple de l'influence de la syphilis sur le réveil des névroses à longue échéance). — 2° Elle présentait, d'autre part, de nombreux et incontestables stigmates d'hystérie (hémianesthésie gauche, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie gauche, perte du goût, etc.). — 3° La paraplégie en question n'était bien sûrement qu'une « paralysie psychique », comme le démontra ce qui va suivre. La malade, voisine de lit d'une femme syphilitique comme elle et affectée d'une paraplégie grave avec incontinence d'urine, eschares, trépidation épileptoïde, etc., avait été très vivement

impressionnée par ce lamentable spectacle, et s'était paraplégiée « par auto-suggestion ». Ne vous récriez pas, car bientôt se fit la preuve de ce fait extraordinaire. Et, en effet, la malade, changée de lit et placée au voisinage d'une femme affectée de surdité, peu de temps après se trouva prise elle-même de surdité. — 4° Enfin, cette paraplégie se jugea *sponte sua* presque subitement, à la façon des névroses guéries par émotion, « par miracle ». Un beau jour, la malade se prit de querelle avec l'infirmière qui lui signifia ne plus vouloir s'occuper d'elle. Très émue, elle essaya tout aussitôt de marcher et réussit à faire quelques pas en titubant. Au bout de trois ou quatre jours, elle marchait. Bientôt il ne fut plus question de la paralysie[1].

III. — L'*hémiplégie* hystérique prête bien mieux encore à confusion. Pour tout observateur qui ne s'en défiera pas, nombreux seront les cas où le diagnostic erroné de syphilis cérébrale risquera de se substituer au diagnostic vrai d'hémiplégie par hystérie parasyphilitique.

Pour vous en convaincre, laissez-moi vous citer les quelques cas suivants.

Un homme de 34 ans, anciennement syphilitique, commence par souffrir de la tête et présenter une exostose crânienne au niveau de la suture sagittale. Au cours des 7 à 8 mois suivants, il est pris quatre

1. V. *Hystérie et syphilis; paralysie psychique*, par le Dr Paul Raymond; *Progrès médical*, 7 avril 1888.

fois de violentes crises épileptiformes, avec perte de connaissance et convulsions latéralisées. A la suite de ces crises, il devient et reste hémiplégique.

N'est-ce pas là par excellence, je vous le demande, Messieurs, le tableau d'une syphilis cérébrale à ses débuts? N'est-ce pas là pour les encéphalopathies spécifiques une modalité initiale des plus communes, des plus usuelles? Pour ma seule part, j'aurais à citer plus d'une centaine de cas où l'invasion de la syphilis sur le cerveau s'est traduite très exactement par les symptômes précités.

Donc, en l'espèce, le diagnostic de syphilis cérébrale semblait tout naturellement indiqué, surtout de par la coïncidence de l'exostose crânienne, de par cette estampille de syphilis sur le crâne, si je puis ainsi parler. Mais, avec son flair de grand clinicien, M. le Pr Potain, dans le service duquel se trouvait le malade, sut éviter l'écueil où tant d'autres auraient sombré. Étudiant en détail les particularités du cas en question, il arriva bientôt à dépister l'hystérie sous le masque de la syphilis cérébrale, et cela de par la constatation d'une série nombreuse de signes révélateurs, à savoir : analgésie très accentuée du côté gauche; — anesthésie à la fois cutanée et musculaire; — anesthésie de tous les sens de la moitié gauche du corps; — rétrécissement du champ visuel à gauche; — antécédents nerveux héréditaires et personnels, etc., etc. Si bien que de cette investigation complète du malade le

diagnostic ne tarda pas à jaillir en pleine lumière et à se formuler ainsi : « hémiplégie hystérique, et hémiplégie par hystérie dérivant de la syphilis[1] ».

Un cas plus délicat encore a été déterminé par M. le Pr Charcot dans le sens de l'hystérie. Il s'agissait d'un malade qui, dans la dixième année d'une infection syphilitique, vint à être affecté de céphalées violentes, d'ictus apoplectiformes et d'hémiplégie droite avec hémianesthésie. N'était-ce pas là un ensemble symptomatologique qu'il pouvait paraître tout simple et non moins rationnel, étant donnés les antécédents spécifiques du malade, d'imputer à une détermination organique de la syphilis sur le cerveau? Que de syphilis cérébrales se présentent sous un tel aspect! Eh bien, une analyse plus approfondie du cas clinique vint démontrer à M. Charcot que la syphilis cérébrale ne devait pas être mise en cause; — que les céphalées notamment, qui semblaient témoigner en faveur d'une origine spécifique, n'étaient que des céphalées hystériques (ce qu'attestait en l'espèce une hyperesthésie excessive du cuir chevelu, « phénomène d'hystérie par excellence »); — que les prétendues apoplexies, étudiées minutieusement, n'étaient rien autre que des « attaques subites de sommeil » ; —

1. M. Potain incline même à penser que, dans ce cas, l'exostose sagittale a servi « d'*agent provocateur* » pour déterminer l'hystérie, et cela « par ébranlement du système nerveux chez un sujet prédisposé ». — V. *Gazette des hôpitaux*, 14 avril 1887.

V. aussi un cas de même genre, également dû à M. Potain (*Gaz. des hôpitaux*, 28 avril 1887).

que l'hémianesthésie trouvait bien plus légitimement son explication dans l'hystérie que dans une lésion organique, etc.; — bref, que, pour ces diverses considérations et quelques autres encore que je passerai sous silence, le diagnostic vrai du malade était celui « d'accidents hystériques développés sous l'influence de la syphilis[1] ». — Diagnostic délicat, s'il en fût, et devant lequel aurait bien pu succomber, on en conviendra, la sagacité de médecins moins familiarisés que le grand maître en question avec les difficiles problèmes de la neurologie.

Je vous citerai encore un cas de même ordre, qui a été présenté récemment à la Société de dermato-syphiligraphie par mon chef de clinique et ami le Dr Hudelo. Ce cas peut se résumer ainsi :

Un malade, affecté depuis 1886 d'une syphilis des plus graves (chancre phagédénique, syphilides ulcéreuses à répétitions multiples, sarcocèle, gommes du pharynx, etc.), entre dans le service de la Clinique pour une affection intense du squelette nasal, avec ozène épouvantable, coryza sanieux, et nécroses multiples s'étendant jusqu'au plancher du crâne. Il est affaissé, adynamié. Bien qu'il réponde assez correctement aux questions qu'on lui adresse, il paraît hébété, obtus, abruti, abasourdi; il ne quitte pas son lit et reste parfois des journées entières sans dire un mot. En outre, il se plaint

1. V. *Hystérie et syphilis*, leçon résumée par Gilles de la Tourette, *Progrès médical*, 17 déc. 1887.

d'une céphalée intense « en coups de marteau », et présente (ce dont il ne paraît pas se douter) un affaiblissement marqué des deux membres gauches. Notre première impression nous porte à croire que ce malade est en voie d'élaborer une de ces encéphalo-méningites sourdes, insidieuses, qui succèdent fréquemment aux ostéites naso-crâniennes et que j'ai naguère étudiées devant vous[1]. Mais un examen plus approfondi dirige bientôt notre attention sur une autre piste, de par la constatation d'une série de signes révélateurs de l'hystérie, à savoir : hémianesthésie sensitive complète de la peau et des muqueuses du côté gauche; — hémianesthésie sensorielle gauche (diminution de l'ouïe; perte du goût; rétrécissement extrême du champ visuel); — perte du sens musculaire, toujours du même côté; — point hyperesthésique au niveau de la partie inférieure de la fosse iliaque gauche; — quelques antécédents hystériques peu douteux, remontant à trois ou quatre ans, etc., etc. En sorte que, finalement, force nous a été de reconnaître là un cas d'hystérie évoquée ou provoquée par la syphilis et d'instituer, comme dans les exemples précédents, le diagnostic inattendu, mais formel, positif, d'*hystéro-syphilis*[2].

1. *Des ostéites naso-crâniennes d'origine syphilitique.* Leçon recueillie par le Dr Barthélemy, « Annales des maladies de l'oreille et du larynx », 1881.

2. V. Hudelo, *Hystéro-syphilis; carie ethmoïdienne; hémiparésie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche*, « Annales de dermat. et de syphil. », 1892, p. 839.

IV. — Enfin, quelques mots encore, avant de terminer ce sujet, sur les *troubles psychiques* de l'hystéro-syphilis qui, eux aussi, sont parfois de nature à égarer le diagnostic.

« Il faut, a dit M. Charcot, prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, à savoir une maladie *psychique.* » Eh bien, il en est de l'hystéro-syphilis comme de l'hystérie commune. Elle aussi a son *état mental.*

Cet état, le plus souvent et dans ses formes habituelles (j'entends en dehors de ses paroxysmes), n'est guère accusé que par des modifications du caractère et de l'état moral, par une mobilité d'impressions toute particulière, par des bizarreries, des alternances de gaîté et de dépression, des emportements, des colères, un certain degré d'apathie intellectuelle, une « suggestibilité singulière[1] », etc., tous phénomènes bien connus, savamment décrits par les neurologistes, et sur lesquels je n'ai pas à insister. Mais parfois aussi il se traduit, et alors sous forme de paroxysmes, par des surexcitations soudaines et non motivées, par des extravagances de paroles et d'actions, par une véritable exaltation mentale, ou bien encore par des sortes de suspension de l'activité cérébrale, des obnubilations, des absences, etc. Inutile de dire si de tels troubles psychiques peuvent donner le change et risquent d'éga-

1. V., à ce sujet, un remarquable article de M. le Dr Gilles de la Tourette sur l'*état mental* des hystériques (*Traité de l'hystérie*, p. 486).

rer le diagnostic, en prêtant au soupçon de vésanie, de délire, d'aliénation, etc.

Certes, les cas de cet ordre sont rares, très rares, exceptionnels même[1]. Mais on ne laisse pas d'en rencontrer de temps à autre. Peut-être, probablement même, est-ce un exemple de cet ordre que vous avez sous les yeux actuellement au n° 25 de notre salle Saint-Louis. Le malade auquel je fais allusion est un jeune homme de vingt-quatre ans, qui, bien sûrement, est devenu hystérique de par la syphilis, car l'hystérie s'est produite chez lui au cours de la période secondaire et indépendamment de toute autre cause possible à invoquer. Or, sans parler des nombreux symptômes d'hystérie que nous avons relevés sur lui, son état mental est vraiment très troublé. D'abord, cet homme n'est plus capable (comme il en convient lui-même) d'exercer son métier ; il « n'y a plus la tête », il « pense à autre chose », il faut toujours, dit-il, « qu'il fasse autre chose que ce qu'il fait ». C'est un excité, un agité. Il n'est jamais bien nulle part. A peine entré dans nos salles, il en sort, pour y rentrer, pour en sortir de nouveau, et ainsi de suite. C'est non moins un insociable, toujours en dispute avec ses voisins. Un rien le met en colère. C'est également un « décousu », passant d'une idée à

1. Peut-être même aussi ne se produisent-ils que dans des conditions particulières, à savoir sur des sujets préparés par hérédité, sur des « dégénérés ». Nous manquons de documents sur ce point, et la question reste à l'étude.

une autre, d'un état d'esprit à un état tout différent, tantôt de bonne humeur, jovial et gai à l'excès, tantôt, au contraire, morose, maussade, concentré. Ajoutez qu'il est plus que bizarre de tenue, de propos et d'actions. D'autre part, diverses particularités en font ce qui constitue surtout le fou, l'aliéné pour les gens du monde, à savoir, comme exemples : des crises convulsives, où il jette des cris épouvantables qu'il compare lui-même à « des rugissements de bête féroce » ; — des accès de larmes (ainsi, tout à coup et sans motif, il se met à pleurer abondamment, et alors c'est un déluge de larmes qui ne finit plus) ; — et surtout, à l'état habituel, un sourire béat, niais, interrompu de temps en temps par de grands éclats de rire. La moindre excitation, mais par-dessus tout la vue d'un objet brillant, tel qu'un métal, une montre, une lumière, suffit à déterminer ce rire spasmodique. — Enfin, symptôme plus grave encore, ce malade est pris parfois de véritables crises d'obnubilation mentale, au cours desquelles il ne sait plus ce qu'il fait, n'est plus maître de lui, ne se rend qu'un compte très imparfait de ce qu'on lui dit, de ce qui se passe sous ses yeux, etc. Il a conscience de ces crises, il les raconte après coup en disant : « Je deviens alors comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou[1] ».

1. V. les détails de cette curieuse observation, recueillie par M. Endlitz, dans le *Bull. de la Soc. française de dermat. et de syphil.*, 1892, p. 397.

N'étaient d'autres exemples de même ordre — et bien plus accentués encore — que réalise parfois l'hystérie commune, qui pourrait croire que l'hystérie syphilitique pût aboutir à des symptômes de ce genre?

Au surplus, cette réflexion est loin d'être exclusivement applicable au dernier ordre de phénomènes dont nous venons de parler. Elle s'adresserait tout aussi bien à ceux qui précèdent. Il y a une vingtaine d'années, qui aurait soupçonné que la syphilis dût jamais enregistrer dans son bilan symptomatologique, même à titre indirect, les manifestations diverses dont il vient d'être question, aussi bien d'ailleurs que celles dont il me reste à vous entretenir? L'attention n'était guère dirigée de ce côté, il faut bien en convenir, et c'est de date toute contemporaine que le cadre de la syphilis s'est élargi pour admettre le groupe des affections dites actuellement *parasyphilitiques*. Qu'est-ce à dire, sinon que la science a progressé avec l'observation? Voilà tout, et cette évolution dans les idées, dans la conception d'une maladie aussi vaste et aussi complexe que la syphilis, n'est en rien faite pour nous surprendre.

XVIII

TABES

Le tabes est un des types qu'affecte le plus souvent la syphilis dans sa modalité parasyphilitique de déterminations morbides. C'est même, dirai-je, le type par excellence des affections parasyphilitiques, aussi bien que c'en est le plus important à deux titres, et de par sa gravité, et plus encore de par son extrême et si déplorable fréquence.

Je devrais donc vous en parler longuement ici. Eh bien, tout au contraire, je serai très bref à son sujet, et pour cause. C'est que j'ai déjà publié sur la matière une série de conférences et un livre spécial résumant la question[1]. Bon ou mauvais, ce livre reste. S'il est bon, besoin n'est pas d'un nouveau plaidoyer à l'appui des opinions qui s'y trouvent exposées; et, s'il est mauvais, inutile plus encore d'en faire ici une seconde édition.

Au reste, la grande et importante question des rapports de la syphilis avec le tabes ne se présente plus aujourd'hui comme elle se présentait autre-

1. *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes spécifique)*, Paris, 1882.

fois, à l'époque déjà éloignée de mes premières publications sur le sujet. Elle s'est même modifiée, transformée du tout au tout. Voyez en effet quel chemin elle a fait depuis une quinzaine d'années.

Lorsqu'en 1875, dans une série de leçons professées à l'hôpital de Lourcine[1], j'émis l'idée que,

1. Une partie de ces leçons, seulement, a été publiée. — V. *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, par le Dr A. Fournier, leçons recueillies par F. Dreyfous (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, publiées par le Dr A. Doyon, 1875-1876, t. VII p. 187).

Loin de moi la prétention d'avoir été le premier à signaler la syphilis dans les antécédents de l'ataxie. Ainsi le vénérable Duchenne (de Boulogne) avait déjà fait cette remarque, dès 1859 (*Archives générales de médecine*, t. I, p. 439), que « quelques-uns de ses malades affectés d'ataxie avaient subi l'infection syphilitique constitutionnelle » ; et, depuis lors, des antécédents de syphilis ont été relevés dans maintes observations par divers auteurs (Schulze, Topinard, Marius Carre, etc.). Mais je revendique pour moi d'avoir constaté et tenté *le premier* d'établir une *connexion étroite de causalité* entre la syphilis et le tabes.

Je remercie mon distingué collègue M. le Dr Dreyfus-Brissac d'avoir nettement établi la question historique dans un remarquable article publié par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (30 septembre 1881), article où il écrivait ceci :

« Quoique Duchenne ait déjà signalé la fréquence de la syphilis « chez les ataxiques, cette question *n'a été réellement mise à l'ordre* « *du jour* que du moment où M. Fournier, invoquant en dehors de « son expérience personnelle l'autorité de MM. Féréol et Siredey, « revendiqua pour la vérole une part considérable dans l'étiologie « du tabes dorsal. »

De même M. le Dr Marie a dit, dans un ouvrage récent :

« La vraie, je dirais presque la seule cause du tabes, c'est la syphilis. Cette notion de la nature syphilitique du tabes est due à l'un de nos maîtres de la Faculté, M. Fournier, qui, dès 1876, commençait à l'enseigner dans ses cours et qui, dans la suite, a consacré à sa démonstration des travaux que vous connaissez tous. » (*Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892.)

Et de même encore M. Darier :

« Jusqu'à ces dernières années, l'étiologie du tabes dorsalis paraissait aussi obscure que celle des autres maladies des centres ner-

pour un grand nombre de cas, l'ataxie dérivait de la syphilis, cette doctrine *nouvelle*, qui froissait les opinions reçues, qui se heurtait à des convictions déjà accréditées sur la nature de la maladie, ne fut accueillie qu'avec une réelle défaveur. Elle souleva des critiques nombreuses, quelques-unes même sévères. On m'adressa le reproche qu'on adresse souvent aux syphiliographes, celui de *voir la vérole partout*, alors qu'à mon sens une critique mieux fondée et que l'avenir nous réserve serait de ne pas voir encore la vérole partout où elle est et partout où on la verra plus tard. Je me souviens même (passez-moi l'anecdote) qu'un de mes très affectionnés et vénérés maîtres me dit à cette époque : « Je crains bien, mon cher ami, qu'avec votre tabes d'origine syphilitique vous ne vous soyez mis sur les bras une mauvaise affaire ».

« L'affaire », cependant, n'était pas si mauvaise

yeux. On en était réduit à incriminer une foule de causes banales, telles que le froid, le rhumatisme, le surmenage, les excès vénériens, etc., que l'on voyait plus ou moins souvent figurer dans les antécédents des malades. La notion du rôle étiologique prépondérant de la syphilis, notion récemment introduite dans la science, est venue jeter une vive lumière sur cette question et reléguer au second plan l'influence des diverses conditions précédemment invoquées.

« Si quelques observateurs, Duchenne (de Boulogne) entre autres, avaient incidemment relevé l'existence d'antécédents de syphilis chez quelques ataxiques, c'est incontestablement à M. Fournier que revient l'honneur d'avoir établi qu'il ne s'agit pas là d'une coïncidence fortuite, mais d'une relation que les statistiques démontrent assez fréquente pour qu'on doive nécessairement lui reconnaître une signification au point de vue étiologique. » (*Manuel de médecine*, publié sous la direction de MM. Debove et Achard, T. III, p. 555.)

qu'on avait pu le présager. Depuis ce temps, en effet, de très nombreuses statistiques ont été tour à tour publiées sur les antécédents de la syphilis dans le tabes, et *toutes*, à des degrés divers, ont témoigné dans le même sens, à savoir : la fréquence plus ou moins considérable, parfois énorme, en tout cas formellement significative, d'un *passé syphilitique* chez les sujets affectés de tabes.

Ces statistiques, il serait vraiment sans intérêt, aujourd'hui, de les produire à nouveau ; vous les trouverez partout. Laissez-moi seulement, et d'une façon très sommaire, vous dire ceci : que, pour ma part, sur un total de plus de 750 observations recueillies tant à l'hôpital que dans ma clientèle privée, j'ai constamment retrouvé des antécédents de syphilis chez les malades tabétiques dans une proportion oscillant (pour chaque centaine de cas) entre 87 et 93 pour 100. Donc, d'après ce que j'ai vu, la syphilis figurerait au minimum[1] *neuf fois sur dix* dans l'étiologie du tabes.

De même le Pr Erb, dans deux statistiques publiées sur le sujet, est arrivé aux chiffres suivants comme fréquence d'antécédents syphilitiques dans le tabes :

Première statistique.	88 0/0.
Seconde statistique (clientèle privée).	89 0/0[2].

1. Je dis « au minimum » pour une raison qui va se trouver expliquée dans un instant.

2. W. Erb, *Zur Ætiologie der tabes*, Berliner klinische Woch., 1891, n° 29.

Mon distingué collègue et ami le Dr Déjerine me disait récemment avoir abouti, dans ses observations personnelles, à un chiffre supérieur encore aux précédents comme pourcentage d'antécédents spécifiques (de 92 à 94 pour 100).

En sorte qu'en moyenne on peut affirmer, avec le Dr Marie, que les *neuf dixièmes des tabétiques, au moins, sont d'anciens syphilitiques*[1].

Encore cette évaluation ne répond-elle bien sûrement qu'à un *minimum*. En fait, dans la réalité des choses, la proportion des antécédents de syphilis dans le tabes doit être forcément supérieure aux chiffres que parviendront jamais à lui assigner les meilleures statistiques, et cela pour une raison bien simple : c'est que nombreuses, bien plus nombreuses qu'on ne le croit généralement, sont les syphilis qui presque nécessairement se dérobent à l'observateur le plus expert et le plus consciencieux, alors surtout qu'il s'agit de recherches rétrospectives dans un passé plus ou moins lointain. Citons comme telles, sans parler des syphilis *dissimulées*, les syphilis *ignorées* dont la fréquence surabonde ; — les syphilis *accidentelles* d'origine non vénérienne (syphilis vaccinale, par exemple, syphilis « *insontium* », etc. ; — la syphilis *conceptionnelle*[2], qui n'a pas encore fait sa trouée dans le public médical ; — la syphilis *héréditaire*, etc.

1. *Leçons sur les maladies de la moelle*, Paris, 1892, p. 315.
2. V. A. Fournier, *L'hérédité syphilitique*. Leçons recueillies par le Dr P. Portalier, Paris, 1891.

Au surplus, nous n'avons plus besoin de statistiques actuellement, car la démonstration de l'origine syphilitique du tabes est faite d'autre part; elle est faite par le courant de l'opinion, par l'assentiment général des praticiens. On peut dire que, de nos jours, il est bien peu de médecins qui ne tiennent pour absolument avérée, tout en l'interprétant de façons diverses, la connexion étiologique du tabes avec la syphilis.

Cette connexion n'est même plus récusée aujourd'hui par l'École de la Salpêtrière, qui cependant lui a fait longtemps une guerre acharnée. On ne discute plus actuellement dans cette école que sur un point, à savoir : la prépondérance qu'il convient d'accorder dans l'étiologie du tabes à tel ou tel de ces deux facteurs, la syphilis et l'hérédité nerveuse. M. Charcot, comme il me le disait encore ces derniers jours, fait de l'hérédité nerveuse la cause principale, fondamentale, prédominante, du tabes, et, relativement, n'accorde à la syphilis qu'une influence pathogénique de second rang.

Quant à moi, renversant la proportion, je persiste à croire, en dépit de ma déférence respectueuse pour le maître de la neurologie moderne, que la cause vraie, prépondérante, du tabes, *c'est la syphilis*, tandis que l'hérédité nerveuse (dont je suis loin, à coup sûr, de contester l'influence[1]) n'agit qu'au titre subordonné de cause prédisposante.

1. On m'a accusé, bien à tort, d'avoir méconnu l'influence de

Et, à l'appui de cette interprétation, j'apporte un argument de bon sens, qui me semble décisif. Jugez-en.

Si l'hérédité nerveuse était la cause prépondérante, essentielle, du tabes, elle devrait de par elle seule et *sans le secours de la syphilis* réaliser le tabes pour la grande majorité des cas. En autres termes, les tabétiques devraient être, pour la grande majorité des cas, des sujets à hérédité nerveuse plutôt que des syphilitiques.

Or, c'est précisément l'inverse qui a lieu, c'est précisément l'inverse qui se présente en pratique. A savoir : pour l'énorme majorité, pour la presque totalité des cas, la syphilis figure dans les antécédents du tabes, tandis que l'hérédité nerveuse n'y apparaît que pour une proportion relativement très inférieure, voire y fait défaut très souvent.

Donc, au nom de la logique, des deux facteurs étiologiques qui peuvent concourir à constituer le tabes, c'est le facteur syphilis qui, sûrement, est le plus indispensable à la genèse de la maladie.

En tout cas, ce débat n'est plus qu'affaire de second plan. L'essentiel, le gros fait, c'est la *connexion étiologique du tabes avec la syphilis*, de quelque façon d'ailleurs qu'il plaise de l'interpréter.

l'hérédité nerveuse dans l'étiologie du tabes. Je l'ai, tout au contraire, constatée et admise dans les termes les plus explicites. — Voy. mon livre sur l'*Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 25 et suiv.

Or, cette connexion, je le répète, est aujourd'hui au-dessus de toute contestation possible. C'est là, je ne crains pas de le dire, une démonstration *acquise*. Aussi bien, croyez-le, n'est-ce pas sans un bien vif plaisir que j'ai vu ces derniers temps, dans ses remarquables *Leçons sur les maladies de la moelle*, un élève éminent de l'École de la Salpêtrière, M. le Dr Marie, conclure en ces termes une longue discussion sur l'étiologie du tabes.

« La syphilis est-elle donc le seul élément étiologique du tabes? Il serait exagéré de le prétendre, du moins dans l'état actuel de la science, puisque M. Tuczek a prouvé que l'ergotisme pouvait s'accompagner de lésions tout à fait analogues à celles du tabes. En outre, on aurait vu des accidents du même genre se développer chez les pellagreux. Je me trouve donc obligé, au point de vue théorique, de laisser une porte ouverte pour des infections ou des intoxications de nature plus ou moins indéterminée qui seraient capables de produire le tabes. Mais, au point de vue pratique, soyez bien convaincus d'une chose : c'est que, dans les conditions de notre observation journalière, LE TABES EST TOUJOURS D'ORIGINE SYPHILITIQUE[1]. »

1. Ouvrage cité, p. 317.

XIX

Donc, le tabes est certainement relié à la syphilis comme un effet l'est à sa cause. Mais quelle est la nature de ce lien? Quelle idée nous faire de ce tabes qui, d'une façon si commune, se présente à nous comme une conséquence indéniable de la syphilis? Convient-il de le considérer comme une manifestation vulgaire de syphilis et d'en faire le pendant, l'équivalent d'une syphilide, d'une gomme, d'une exostose? Ou bien faut-il lui accorder une place à part dans les déterminations morbides qui peuvent résulter de l'infection spécifique?

Assimiler le tabes issu de la syphilis à un accident vulgaire de syphilis, à une syphilide, à une gomme, impossible! L'instinct clinique se révolte contre un tel rapprochement. Interrogez n'importe lequel de nos confrères, il vous dira ceci : « Certes oui, le tabes vient de la syphilis, procède de la syphilis; c'est là un fait patent dont on a la preuve tous les jours. Et cependant, à coup sûr, le tabes *n'est pas un accident syphilitique comme les autres* ». — Et en quoi donc, s'il vous plaît, n'est-il pas « un accident syphilitique comme les autres? ». — « C'est que les autres guérissent par le mercure et l'iodure, tandis que lui, le mercure et l'iodure ne lui font rien. »

Certes, il y aurait excès à dire d'une façon aussi

radicale que le mercure et l'iodure « ne font rien » au tabes, qu'ils « ne peuvent rien pour lui ». Car, sans parler de leur action préventive (qui du reste n'est pas ou n'a pas encore été contestée), ils ne restent pas absolument et invariablement inertes contre la maladie. On les a vus plus d'une fois, ainsi que je l'ai montré de vieille date, réaliser ce résultat d'enrayer le tabes, de l'immobiliser en l'état, de créer un *statu quo* qui constitue un bénéfice au moins relatif, voire considérable parfois, pour les malades[1]. Que ce résultat ne soit qu'inconstant et même assez rare, j'en conviens; qu'il ne

1. V. mon livre sur l'*Ataxie locomotrice*, p. 377 et suiv.

Il va sans dire que le traitement spécifique peut aussi rendre le service, en l'espèce, d'écarter les complications.

Dans son livre sur les *Maladies de la moelle*, M. le Dr Marie a formulé d'une façon presque identique les indications du traitement spécifique dans le tabes. « Ce traitement, dit-il, ce n'est pas contre les manifestations *actuelles* du tabes que je le donne; je sais trop qu'il sera impuissant.... Je le prescris dans l'espoir de mettre mon malade à l'abri des autres lésions de nature syphilitique qui sont parfois des complications si graves du tabes, telles que, par exemple, l'artérite chronique, mère de l'hémorrhagie cérébrale, ou la paralysie générale, fille de la syphilis encéphalo-méningée. Je le prescris aussi parce que j'espère m'opposer de la sorte à ce que le tabes continue sa marche progressive. — Est-ce une illusion? Je n'oserai prétendre le contraire, mais il me semble que, depuis quelques années, les malades présentant une intensité et un développement considérables de symptômes, les « grands tabétiques », comme on les appelle, sont devenus plus rares. Si le fait est vrai, ne doit-on pas le rapporter à ce que, dans bien des cas, l'administration de la médication spécifique a pu arrêter la marche de la maladie? Celle-ci est, dans ces cas, restée stationnaire, au lieu de se montrer implacablement progressive. » (p. 329.)

V. aussi : Dinkler, *Sur la valeur du traitement mercuriel dans l'ataxie locomotrice*, Berliner Klin. Woch., avril 1893; — Analyse dans la Revue neurologique de Brissaud et Marie, 15 août 1893, p. 426.

soit aussi qu'indirect, en ce sens qu'il dérive d'une action des remèdes non pas sur le tabes même, mais sur la syphilis, laquelle, sous leur influence, « cesserait de produire les toxines tabétogènes », c'est possible, et je me garderai aussi bien de le nier que de l'affirmer. En tout cas et réserves faites sur ces quelques résultats éventuellement favorables du traitement spécifique, j'abonde dans le sens de tout le monde, et, avec tout le monde, je reconnais ce qui est d'évidence notoire, à savoir : qu'un abîme sépare ce que fait le traitement spécifique sur les accidents usuels de la syphilis et ce qu'il fait sur le tabes. Sur les accidents usuels de la syphilis, chacun connaît son action devenue proverbiale, action très habituellement (sinon toujours) remarquable à la fois et par son intensité et par la rapidité de ses effets. Sur le tabes, au contraire, action directe nulle, action indirecte plus qu'infidèle, toujours incomplète, se réduisant pour nombre de cas à néant.

Aussi bien de cette différence de résultats thérapeutiques le bon sens clinique a-t-il inféré cette déduction : que, si le tabes était bien sûrement un dérivé de la syphilis, il n'en constituait pas, il n'en pouvait constituer un accident assimilable aux accidents usuels de la maladie. Manifestation *d'origine* syphilitique, oui, voilà ce qu'est le tabes; mais, manifestation de *nature* syphilitique, non! voilà sûrement ce qu'il n'est pas.

Tel est, du reste, le sentiment que, pour ma part,

j'ai toujours cherché à faire prévaloir dans mes leçons, dans mes publications sur le sujet. Je n'ai jamais parlé que d'un tabes d'ORIGINE SYPHILITIQUE, me gardant bien de faire du tabes un accident syphilitique proprement dit, un accident de *nature* syphilitique.

Mais enfin, dira-t-on, qu'est donc ce tabes issu de la syphilis, s'il n'est pas un accident de nature syphilitique?

Ce qu'il est, ce en quoi il consiste comme essence, je ne vous surprendrai guère en vous disant que je n'en sais rien. Mon ignorance même est absolue sur ce point, et je ne prétends en rien la dissimuler. Mais ne pas comprendre un fait et manquer d'explication à lui donner n'implique en rien, logiquement, la non-existence de ce fait. Or, j'en suis là précisément en l'espèce. D'une part, je vois que le tabes procède de la syphilis, et cela au-dessus de toute discussion possible; d'autre part, je constate qu'en dépit de son origine spécifique il ne se conduit pas à la façon des accidents usuels de la syphilis, notamment en raison de sa résistance aux remèdes qui guérissent usuellement ces accidents. Eh bien, j'enregistre, en observateur consciencieux, l'un et l'autre de ces résultats. Mais, quant à les accommoder, quant à expliquer l'anomalie qui jaillit aussitôt de leur rapprochement, j'avoue sur ce point ma complète impuissance.

Maintenant, de cette impuissance ressort-il que

telle ou telle de ces deux constatations cliniques, en apparence contradictoires, soit entachée d'erreur? En aucune façon. Les deux faits subsistent inébranlés; le secret seul de leur accouplement reste à découvrir.

Or, à défaut d'explication, du moins une analogie vient-elle à notre secours en l'espèce. Et cette analogie nous est offerte par le groupe des manifestations dérivées de la syphilis auxquelles nous avons donné le nom d'affections parasyphilitiques. Le propre de ces affections n'est-il pas en effet le défaut d'obédience aux agents spécifiques en dépit de leur provenance spécifique? Voyez la syphilide pigmentaire du cou; personne n'en a jamais contesté l'origine syphilitique; eh bien, que lui font le mercure et l'iodure? Rien de rien. Or, n'est-ce pas là exactement le cas du tabes?

Si bien que l'anomalie singulière, extraordinaire au premier abord, voire presque suspecte, du tabes issu de la syphilis et faisant, pour ainsi dire, bande à part dans la syphilis par sa résistance aux agents spécifiques, se trouve sinon expliquée, du moins légitimée par cet exemple irrécusable de la syphilide pigmentaire. Cette anomalie, elle a son homologue dans la syphilis, et vous savez déjà qu'elle en a plus d'un. Elle ne constitue plus dès lors, dans le tableau de la grande infection spécifique, un fait unique, isolé; tout au contraire, elle devient partie d'un groupe, élément d'un ensemble; la voilà rentrant et prenant place dans une catégo-

rie de phénomènes morbides connus, déterminés, classés.

En définitive, donc, le tabes n'est autre, par rapport à la syphilis, que ce qu'est à cette maladie la syphilide pigmentaire ; c'est dire que, comme la syphilide pigmentaire, il en constitue une de ces déterminations annexes auxquelles, dans notre ignorance sur leur nature réelle, nous sommes convenus de donner le nom d'affections parasyphilitiques. C'est, en un mot, une affection *parasyphilitique.*

Au point de vue historique, j'ajouterai que le tabes a été la première affection parasyphilitique reconnue, dégagée, constituée. Servant de type, il a contribué depuis lors à en faire distinguer plusieurs autres, tels, par exemple, que la paralysie générale, dont nous allons actuellement parler.

XX

PARALYSIE GÉNÉRALE

On aurait pu facilement faire œuvre de prophète en prédisant, il y a quelques années, que la doctrine du tabes d'origine syphilitique aboutirait un jour ou l'autre à la doctrine de la paralysie générale de même origine.

Et, en effet, tant et tant de symptômes communs, tant et tant d'analogies d'évolution et de terminaison relient ces deux maladies l'une à l'autre, qu'il était tout naturel de conclure de l'étiologie de l'une à l'étiologie de l'autre. Du jour, donc, où il put sembler acquis que le tabes dérive, pour l'énorme majorité des cas, d'une origine syphilitique, on fut conduit par la logique des choses à se demander si la paralysie générale, elle aussi, ne devait pas être un résultat, une conséquence de la syphilis. C'était rationnel, c'était légitime, c'était, dirai-je même, forcé.

Et de cela, d'ailleurs, voici la preuve historique.

Certes, il avait bien été question de vieille date de relations possibles entre la paralysie générale et la syphilis. Que dis-je même ! Dès 1857 Essmarch

et Jessen, dès 1863 Kjelberg[1] avaient expressément émis l'opinion que la paralysie générale reconnaît toujours et invariablement la syphilis comme cause. Mais on n'avait guère prêté créance ni même attention à cette proposition plus qu'audacieuse. A parler net, personne, au moins chez nous, ne croyait à un rapport quelconque entre les deux maladies. De cela j'aurais vingt témoignages à citer. Le suivant me suffira, et vous allez voir s'il est formel : Dans l'excellent article *Paralysie générale* » publié par le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* en 1885, le mot de syphilis ne figure même pas au chapitre de l'étiologie !

Tandis que, depuis l'époque où l'origine syphilitique du tabes a cessé d'être une simple hypothèse pour devenir une vérité reçue, accréditée,

1. Kjelberg (d'Upsal), dès 1863, avait émis une opinion plus que radicale, d'après laquelle « la paralysie générale ne se développe jamais dans un organisme parfaitement exempt de syphilis soit héréditaire, soit acquise ». Il est resté fidèle, paraît-il, à cette doctrine, comme le prouve une lettre adressée par lui au Dr Dengler et publiée dans la thèse de ce dernier (Thèses de Nancy, 1893). — «... Pendant les 29 années qui se sont écoulées depuis lors, dit-il dans cette lettre, j'ai trouvé de nombreuses preuves à l'appui de mon opinion, mais pas un seul fait qu'on puisse lui opposer, à mon avis, comme décidément contradictoire.... La paralysie générale est, selon moi, une manifestation tertiaire de la syphilis, affectant les ramifications artérielles de la pie-mère et de la couche corticale de certaines parties du cerveau.... Quant au rôle, dans les maladies mentales, de l'alcool et de l'hérédité, il est certainement très important; mais, spécialement pour la paralysie générale, ce rôle n'est pas marqué. Les malades paralytiques ont des tendances aux libations comme à d'autres extravagances, mais l'alcool n'a rien à faire comme cause de paralysie générale. » (p. 92.)

nous avons vu se produire une véritable avalanche de travaux sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale. La France — je regrette d'avoir à le constater — est restée longtemps étrangère à ce mouvement d'opinion ; mais ailleurs et surtout en Allemagne, dans les pays Scandinaves, aux États-Unis, etc., une véritable « agitation » s'est produite subitement sur le sujet. Si bien qu'à dater de l'époque que je viens de dire, la science s'est enrichie, rien que sur ce point, d'une foule de mémoires, de notes, de statistiques, d'intéressantes discussions soulevées dans une série de Congrès, etc. Si bien, finalement, qu'aujourd'hui, en dépit d'oppositions routinières, il s'est constitué une véritable question désormais inéluctable, à savoir celle des rapports de la syphilis avec la paralysie générale. Ces rapports, on peut bien les interpréter d'une façon ou d'une autre quant à leur modalité, quant à leur importance étiologique, pathogénique, etc., mais il n'est plus à les nier. Ils sont irrécusables, de par tout un faisceau de témoignages. Dès aujourd'hui on peut dire que bien sûrement, en vertu d'un processus quelconque et pour une proportion numérique qui reste à déterminer, *la syphilis est devenue facteur étiologique de la paralysie générale.* Restent les détails à fixer ; mais, quant au fond, la cause est entendue.

Or, voyons comment se présente la question actuellement.

Et d'abord, ayons soin d'exclure toute possibilité d'équivoque. La paralysie générale dont il va s'agir ici est bien la paralysie générale *vraie*, et non la *pseudo-paralysie générale* qu'à tort ou à raison (je ne discute pas ce point pour l'instant) j'ai décrite dans mes leçons sur la syphilis du cerveau[1], et que d'autres auteurs ont qualifiée du nom de paralysie générale syphilomateuse. Ce dont nous allons parler — et parler exclusivement —, c'est la paralysie générale classique, l'affection dite « paralysie générale des aliénés, périencéphalite chronique diffuse, démence paralytique », etc.; c'est la maladie si merveilleusement décrite, à l'honneur de l'École française, par Bayle, Delaye, Calmeil, Parchappe, Baillarger, Lasègue, et tant d'autres; c'est la maladie qui, pour en résumer la caractéristique à grands traits et seulement dans ses symptômes principaux, s'accuse de la façon suivante :

I. — D'abord, période prodromique toujours assez longue, où s'observent seulement certaines modifications du caractère et une légère inhabileté des mouvements.

II. — Puis, période d'état où prédominent deux ordres de symptômes :

A. Symptômes dits *somatiques*, constitués principalement par ceci : des tremblements musculaires (tremblement, propulsions et ondulations vermiculaires de la langue; — sautillements des muscles de la face; — tremblement vibratoire des mains, d'où modification précoce de l'écriture); — troubles caractéristiques de la parole (parole traînante, et surtout

1. V. ouvrage cité, XIIIe leçon, p. 333.

accrocs de prononciation, scandage des mots); — inégalité des pupilles; — incorrections passagères de la marche, etc.

B. Troubles *psychiques*, constitués de la sorte : Comme note prédominante, affaiblissement, affaissement progressif de l'intellect, et diminution de la mémoire. — D'autre part, troubles délirants, susceptibles de deux formes, d'ailleurs sujettes à alternance, à savoir : forme dépressive, mélancolique, hypochondriaque; — et, plus souvent, forme expansive, avec agitation, exagération de la personnalité, satisfaction personnelle, délire des grandeurs ou délire ambitieux; conceptions multiples, mobiles, absurdes, contradictoires, etc.

A ces symptômes de fond adjonction possible et fréquente même d'autres manifestations morbides, telles que : ictus apoplectiformes, ictus épileptiformes, hémiplégies passagères, crises d'agitation maniaque, troubles de sensibilité, amaurose, troubles trophiques, etc.

III. — Evolution aboutissant après deux à trois ans en moyenne — et cela d'une façon invariable, inflexible, fatale — à une période terminale, caractérisée par l'impotence, le gâtisme, la démence, la déchéance absolue de l'être physique et moral, puis à la mort.

Au surplus et pour mieux préciser encore, je vais, par un exemple emprunté à mes notes, préciser la forme morbide que j'ai en vue.

Un jeune peintre contracte la syphilis à vingt-six ans. Il s'en traite d'abord assez correctement sous ma direction; mais bientôt, trop tôt, il se croit délivré, et je ne le revois plus.

Dix ans plus tard, une jeune femme, avec laquelle il vivait maritalement, vient me trouver tout en larmes et me raconter qu'elle est effrayée de l'état dans lequel se trouve son ami. « Il est, me dit-elle, complètement changé de caractère; il ne s'occupe plus de sa peinture; il n'a plus la tête qu'à cent

projets divers, tous plus étranges les uns que les autres. Par moments, il est concentré, morose, silencieux; puis, subitement et sans cause, il entre dans un état d'irascibilité singulière; un rien l'irrite, le fâche, le met hors de lui. En d'autres instants, il ne tient pas en place; il va, il vient, il court chez l'un, chez l'autre; il ramène dîner chez lui à l'improviste des étrangers, des inconnus; il achète cent choses dont il n'a que faire, etc., etc. »
— Elle me l'amène le lendemain, et je le trouve en état non douteux de paralysie générale : tremblement des lèvres, de la langue, des mains; — inégalité pupillaire; — parole embarrassée; mots estropiés, scandés; — agitation, besoin de mouvement; — et surtout, satisfaction personnelle. « Il se porte à ravir et ne sait pourquoi on a voulu qu'il vînt me voir. Du reste il est enchanté de me voir, car cela lui donne l'occasion de m'avertir qu'il va me faire un grand et superbe tableau, dont je serai étonné.... De plus, il va entrer dans une grande affaire de commission pour l'Inde, où il compte bien gagner 80.000 francs par an, sans doute même bien davantage », etc., etc.

Je l'engage à reprendre son traitement. En sortant de chez moi, il n'a rien de plus pressé que d'entrer dans une pharmacie où il commande *dix-huit litres* d'une solution d'iodure de potassium (à 60 grammes par litre). Et, quelques heures après, lorsque le garçon de pharmacie vient lui faire livraison et présenter sa facture, il s'étonne, il

s'emporte, il soutient qu'il n'a rien commandé, il se prend de querelle avec ledit garçon, l'injurie, le menace, le frappe. Bref, scène de pugilat, à la suite de laquelle il est arrêté, puis interné dans un asile spécial.

Il séjourne là huit mois, en proie (d'après une communication que j'ai reçue de son médecin) à une « paralysie générale des plus accentuées ».

Il sort, en état de rémission, mais conservant les troubles somatiques de sa maladie. — Trois mois se passent à peu près bien. — Puis, rechute intense : agitation, suractivité, série ininterrompue d'extravagances, de niaiseries, d'absurdités, de folies, dont je vous fais grâce. Enfin, un soir, il entre dans un café-concert, et là, saisi d'admiration pour une jeune chanteuse, il lui lance, en guise de bouquet, sa redingote, son chapeau, son gilet. On l'arrête, et on l'interne à nouveau.

Dans l'asile qu'il n'a plus quitté, il continue à délirer. — Puis, quelques mois plus tard, il tombe dans la dépression, l'hébétude, la démence, le gâtisme, et succombe après une série d'ictus épileptiformes. — A l'autopsie, lésions usuelles de paralysie générale.

Impossible de ne pas reconnaître dans cette observation un type de la paralysie générale, telle qu'elle est universellement décrite et agréée de tous. Eh bien, telle est la paralysie générale dont nous allons parler.

Au surplus, le débat ne porte pas en l'espèce sur la question de savoir si une paralysie générale *vraie* peut se produire à la suite de la syphilis ; car cela, personne ne songe à le contester. Mais ce qui est en cause, ce qui fait question et litige, c'est le rapport à établir ou à ne pas établir, alors qu'une paralysie générale de cet ordre succède à la syphilis, entre cette paralysie générale et cette syphilis.

En autres termes, le problème qui se pose et que nous allons discuter est le suivant : *Oui ou non, la syphilis est-elle pour quelque chose dans la genèse de cette paralysie générale?* Oui ou non, y a-t-il de l'une à l'autre un rapport, une connexion étiologique?

Or, inutile de vous avertir à l'avance que toutes les solutions possibles ont été données au problème ainsi posé.

Ainsi, à parler d'abord des opinions extrêmes, l'une considère la syphilis qui figure dans les antécédents d'une paralysie générale comme une condition absolument nulle et indifférente en l'espèce. Et, pour l'autre, au contraire, cette syphilis serait l'origine, la cause même de la paralysie générale; sans elle, cette paralysie générale, vraisemblablement, ne se serait pas produite, n'aurait jamais vu le jour.

Puis interviennent les doctrines intermédiaires, ne refusant pas un certain rôle à la syphilis, mais restreignant, amoindrissant ce rôle, faisant de

la syphilis une cause simplement « prédisposante, provocatrice, adjuvante, auxiliaire », etc., en un mot possiblement active, mais active à des degrés inférieurs non moins que par des processus différemment appréciés.

Entre tant et tant d'opinions contradictoires, comment dégager la vérité? La tâche, certes, est plus que difficile. Essayons cependant de diriger nos efforts en ce sens.

XXI

Voyons tout d'abord, si vous le voulez bien, quelles raisons autorisent à admettre une relation causale entre la syphilis et la paralysie générale.

N'est-il pas vrai que, dans un problème de ce genre, il est un critérium indiqué par le simple bon sens, un critérium auquel chacun de nous, du premier mouvement, songera à faire appel, comme le plus apte à trancher le débat? Logiquement, chacun se dira : « Il est un moyen aussi simple que formel de juger la question en instance, c'est de déterminer le *degré de fréquence* des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux. Car, de deux choses l'une : ou bien, inventaire fait, la syphilis ne figure dans les antécédents de la paralysie générale que pour une proportion minime, insignifiante; et cela implique qu'elle est indifférente à la production de la paralysie générale; —

ou bien elle prend place dans les antécédents de la paralysie générale pour une proportion notable, élevée, considérable même peut-être; et, s'il en est ainsi, impossible de lui refuser, en l'espèce, un rôle étiologique plus ou moins important ». Ainsi raisonne le bon sens, et, comme d'usage, il n'a pas tort.

Engageons-nous donc dans cette voie, et consultons les statistiques.

Les statistiques, ah! nous n'en manquons pas. Il en est bon nombre, et de toutes sortes; il y en a même pour tous les goûts, je veux dire d'appropriées à toutes les opinions. Ainsi, nous en avons où la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux se trouve abaissée à un minimum incroyable (de 1 à 4 pour 100); — et, aux antipodes de celles-ci, s'en présentent d'autres, absolument opposées comme résultats, où la syphilis rebondit à un maximum énorme, jusqu'au point de figurer 80 à 86 fois pour 100 dans les antécédents de la paralysie générale.

Tel est le premier résultat qui ressort de l'examen du sujet.

Or, que veut dire cela, toujours au nom du sens commun, sinon que, dans ces statistiques, il en est de bonnes et de mauvaises, de bien faites et de mal faites?

Nous voici donc forcés, au lieu de les accepter toutes *en bloc*, au lieu de les additionner et d'en

prendre la moyenne, d'en établir la critique, de voir ee qu'elles valent, et de recherelier impartialement quelles sont eelles à qui nous pouvons attribuer eréanee. En autres termes et plus crûment, nous voiei amenés à faire un *triage* entre toutes ces statistiques pour choisir les bonnes et exelure les mauvaises.

Fort heureusement, nous allons être puissamment aidés dans ee travail délieat par ee fait que eertaines des statistiques en question se eondamnent elles-mêmes et deviennent manifestement *inacceptables*, erronées eomme résultats, alors qu'on prend la peine de les examiner d'un peu près, e'est-à-dire de reeliereher sur quelles bases, à quelle époque et dans quel milieu elles ont été instituées, ete. Quelques exemples.

I. — Ainsi, inaeeeptables, eondamnables au premier chef, comme indubitablement entaeliées d'erreur, sont les statistiques où la syphilis ne figure dans les antéeédents de la paralysie générale que pour une proportion infime de 1 à 4 pour 100. Et eela pour une excellente ou plutôt déplorable raison : e'est que, sur 100 hommes pris au hasard, dans notre milieu, sains ou affeetés de n'importe quelle maladie, il y a toujours plus de 1 à 4 syphilitiques. Au minimum, dirai-je, il y en a 15. Que si, par impossible, vous aviez la liberté d'interroger sur leurs antécédents spéeiaux les 100 premières personnes, qui, je suppose, aujourd'hui à midi passeront sur le Pont-Neuf, vous en trouve-

riez au minimum 15 en puissance de syphilis, oui 15, si ce n'est plus. Cela, je l'affirme et suis en droit de l'affirmer. Car maintes fois j'ai fait ou j'ai fait faire des relevés de cet ordre en divers milieux, notamment dans des services d'hôpitaux *non spéciaux*, et jamais je n'ai trouvé ou jamais l'on n'a trouvé moins de 15 syphilitiques sur 100 individus rassemblés par le hasard dans un milieu quelconque[1].

S'il en est ainsi, que penser de ces statistiques où l'on n'a trouvé que 1 à 4 syphilitiques sur 100 paralytiques généraux? Ce serait à croire de par elles que la paralysie générale servirait par anticipation de palladium contre la syphilis. Vraiment, si la plaisanterie était permise en aussi triste matière, je serais tenté de dire avec l'un de nos confrères : « Voulez-vous un moyen de vous pré-

1. Ces statistiques ou, disons mieux, ces tentatives, ces ébauches de statistique sur la *fréquence de la syphilis* ne donnent quelques résultats dignes de ce nom que dans le sexe masculin. Impossible, chez les femmes, d'aboutir sur ce point à quoi que ce soit de sérieux, et cela pour des raisons de tout ordre, à savoir : parce que, par exemple, les femmes dissimulent le plus souvent la syphilis alors qu'elles n'ont pas intérêt à l'avouer; — parce qu'elles ignorent très souvent aussi qu'elles sont affectées de syphilis ; — parce qu'elles confondent avec la syphilis tout ce qui intéresse les organes génitaux, etc., etc....

Et, même chez l'homme, les résultats que l'on obtient ne sont que trop souvent entachés d'incertitudes et d'erreurs. Assurément, pour parvenir à déterminer quelle est la fréquence *vraie* de la syphilis dans les divers milieux de notre société, il nous faudra encore beaucoup de recherches, beaucoup d'investigations patientes et variées.

Aussi bien ne suis-je en droit de donner le chiffre sus-énoncé (15 pour 100) que comme *approximativement* vrai, comme sujet en tout cas à revision d'après les résultats de recherches ultérieures.

server de la syphilis dans l'âge des amours, prenez un abonnement pour la paralysie générale dans l'âge mûr. »

II. — Inacceptables également sont les statistiques dressées sur des relevés anciens, sur de vénérables registres poudreux, c'est-à-dire instituées sur des documents remontant à une époque où la possibilité même d'une étiologie syphilitique n'était pas soupçonnée pour la paralysie générale, où l'on ne se préoccupait en rien de la syphilis à propos des antécédents de la paralysie générale. A preuve cet aveu loyal d'un aliéniste distingué, médecin d'un asile important de province, qui, consulté par M. le Dr Morel-Lavallée sur la fréquence des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux, lui répondit textuellement ceci : « Rechercher la syphilis dans les antécédents de mes paralytiques généraux, *cela ne m'est jamais venu à l'idée*[1]. »

1. «... S'il était besoin, dit encore M. le Dr Morel-Lavallée, de prouver une fois de plus combien, avant que nous l'eussions ouverte par notre livre, était encore *neuve*, au moins chez nous, cette question des rapports de la vérole avec la paralysie générale, on n'aurait qu'à insister sur ceci : Nous n'avons pas trouvé en France de statistiques permettant de faire le pourcentage rigoureux des antécédents de syphilis dans la paralysie générale, et cela, parce que nulle part jusqu'alors, ni dans les hôpitaux-hospices, ni dans les établissements spéciaux, ni dans les asiles publics ou privés, on n'avait eu pour règle de rechercher la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux. Ceux de nos confrères qui dirigeaient des asiles et à qui nous nous sommes à ce moment adressé nous l'avouèrent avec une franchise étonnée.... Nous nous sommes vu forcé de faire appel aux statistiques de l'étranger, où nous avons trouvé une grande richesse de documents, etc. » (*Paralysie générale et syphilis*, Revue de médecine, 1892).

Allez donc, après cela, accorder confiance à des statistiques faites en de telles conditions! Il en est, en effet, pour la syphilis comme pour toute autre chose : le meilleur procédé, le procédé le plus sûr pour ne pas la trouver, c'est de commencer par *ne pas la chercher.*

III. — Inacceptables de même sont toutes les statistiques dressées dans les asiles[1], dans les hôpitaux, c'est-à-dire d'après les témoignages de ma-

1. Voyez, par exemple, ce que pense de telles statistiques un aliéniste distingué, mieux placé que nous pour en juger.

« M. le Dr Dubuisson dit n'avoir trouvé que 3,3 $^{0}/_{0}$ d'antécédents de syphilis dans la paralysie générale. Mais comment a été instituée cette statistique? M. Dubuisson a compulsé les registres de l'asile Saint-Yon pour une période de 38 ans. Il a trouvé que, pendant ce laps de temps, 1.574 paralytiques avaient été traités dans l'établissement. Il a compté ensuite ceux de ces paralytiques qui étaient notés comme syphilitiques, et il n'en a trouvé, avec la mention syphilis, que 52. Alors il a conclu que, sur 1.574 paralytiques, il n'y en avait réellement que 52 syphilitiques, et il a admis la proportion de 3,3 $^{0}/_{0}$. Rien n'est plus erroné.

« *Nous savons tous la valeur médicale des notes du registre de la loi.* Ces notes sont exigées par la loi dans le seul but de prévenir les fameuses séquestrations arbitraires; elles indiquent surtout la marche de l'affection chez l'aliéné en traitement; *elles n'énoncent que des diagnostics* GROSSIERS. Mais, en supposant même que ces notes soient prises très soigneusement et en vue d'en tirer plus tard des éléments pour des observations sérieuses, comment, dans nos asiles publics, savoir si un aliéné placé d'office est syphilitique ou hérédo-syphilitique, alors qu'il ne présente pas de stigmates de la diathèse? La chose est presque toujours, pour ne pas dire toujours, *impossible.* On a souvent bien de la peine à savoir seulement si le malade nouveau qui arrive a eu ou n'a pas eu d'accès de folie antérieurs.... En réalité, quand on n'a pas la conviction d'être absolument bien renseigné sur les antécédents personnels ou héréditaires d'un paralytique, il faut exclure ce paralytique de toute statistique. » (Dr Camuset, *Annales médico-psychol.*, juillet-août 1893, p. 140.)

lades délaissés, abandonnés, isolés, à propos desquels on est réduit aux seuls renseignements qu'ils peuvent ou qu'ils veulent bien vous donner. Et quels malades! Des sujets amnésiques, des sujets en délire!

Soit dit ici par parenthèse, puisque l'occasion s'en présente, rien de plus délicat, rien de plus difficile que de dépister la syphilis, que de remonter aux antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux. De qui obtenir, en pareille situation, des renseignements précis d'anamnèse sur un passé toujours plus ou moins distant? Des malades mêmes? Nous savons qu'en penser[1]. — Des familles, de l'entourage du malade? C'est possible quelquefois; mais combien de syphilitiques tiennent-ils leur maladie secrète, la dissimulant à leurs proches

1. Que de fois le médecin n'est-il pas trompé par les allégations des malades relativement aux antécédents de syphilis! Les anecdotes sur ce point seraient nombreuses à citer. En voici deux au hasard.

« ... J'avais dans mon service, dit Régis, un paralytique qui ne présentait pas de traces de syphilis, qui reniait la syphilis et se fâchait même lorsqu'on lui en parlait. Son frère, ses amis, la niaient également. Un jour, un confrère me demande des nouvelles du malade, en m'apprenant qu'il était son ami et *qu'il l'avait traité comme syphilitique.* »

Depuis un certain temps, le Dr Spillmann donnait ses soins à un officier affecté de troubles cérébraux. Celui-ci, malgré des interrogatoires répétés, niait tout antécédent spécifique, lorsqu'un de ses amis, rencontrant M. Spillmann, lui raconta que, quinze ans auparavant, le malade avait consulté Ricord pour la syphilis. (Thèse de Dengler.)

Et ainsi de suite!

plus soigneusement qu'à tout autre! — Des médecins? C'est possible encore quelquefois; mais que de fois le médecin habituel, le « médecin de famille » n'est-il pas celui auquel le malade s'est confié! — Sera-t-on mieux éclairé par les stigmates, les cicatrices qu'a pu laisser le mal? Quelquefois oui, assurément; mais combien plus fréquentes sont les syphilis qui ne laissent aucune trace de leur passage!

Et ainsi de suite.

Si bien qu'étant donné un paralytique général à antécédents spécifiques, il y a toujours de nombreuses chances pour que sa syphilis reste méconnue. Si bien, conséquemment, que les meilleures statistiques, les statistiques faites avec le plus de soin, n'aboutiront jamais, comme proportion de fréquence d'antécédents syphilitiques dans la paralysie générale, qu'à des évaluations forcément *inférieures* à la réalité des choses. Si bien, en définitive, que le pourcentage de paralysies générales à antécédents syphilitiques, tel que nous pouvons l'obtenir en pratique, restera toujours au-dessous de la vérité vraie et ne devra être pris que pour un *minimum*, par rapport à ce qu'il serait de par des observations absolument et idéalement irréprochables.

Et pourquoi cela? Parce que, je ne crains pas de le répéter, quoi qu'on fasse et puisse faire, un certain nombre de syphilis se déroberont toujours au médecin dans l'anamnèse de la paralysie géné-

rale. A savoir, par exemple : 1° les syphilis dissimulées, intentionnellement dissimulées ; — 2° ce qui doit être plus fréquent en l'espèce, les syphilis *oubliées*, effacées du souvenir de malades toujours plus ou moins amnésiques ; — 3° les syphilis ignorées, ignorées de bonne foi, et vous savez si le nombre en est considérable[1] ; — 4° les syphilis accidentelles, d'origine non vénérienne, lesquelles

1. V. mes *Leçons sur les syphilis ignorées.* — V. aussi : Jumon, *Étude sur les syphilis ignorées*, Thèses de Paris, 1880.

Je ne puis à ce propos que répéter ce que j'ai dit ailleurs, mais je crois indispensable de le répéter.

« S'il est un fait avéré, constant, résultant de l'expérience journalière, c'est que les antécédents spécifiques *se dérobent* fréquemment, très fréquemment, dans l'anamnèse des manifestations le plus évidemment spécifiques. Jugez-en par ce que vous voyez ici, dans cet hôpital qui est le grand centre de la vérole tertiaire. Combien de malades nous arrivent avec des accidents de syphilis tertiaire en reniant la syphilis dans leur passé, en récusant tout antécédent suspect! Il ne s'écoule pas une quinzaine où ne se présente à nous un de ces cas que nous avons baptisés abréviativement du nom de *syphilis ignorées.* Mes collègues et moi sommes tellement habitués à ne pas découvrir la syphilis dans les commémoratifs de nos malades le plus manifestement syphilitiques que nous ne prêtons plus guère attention à cette lacune d'anamnèse, et qu'aucun de nous ne recule à diagnostiquer la syphilis *quand même*, en dépit de l'absence de tout antécédent spécifique, alors que la spécificité d'une lésion nous est formellement attestée par ses attributs cliniques.

« Au surplus, j'ai la prétention de vous apporter aujourd'hui, à l'appui de la proposition qui précède, une démonstration arithmétique, qui fixera vos convictions à cet égard. Cette démonstration, la voici en deux mots.

« S'il est un accident dont la spécificité syphilitique s'atteste à la fois, au-dessus de toute discussion possible, et par des caractères objectifs brutalement accusateurs et par l'influence médicatrice qu'exerce sur lui l'iodure de potassium avec une rapidité significative, cet accident, c'est à coup sûr la gomme du voile palatin. Eh bien, prenons comme base de discussion cette gomme palatine,

sont destinées de nature à passer plus que d'autres inaperçues; — 5° chez la femme, les syphilis conceptionnelles, auxquelles on ne songe guère, disons mieux, auxquelles personne, à cela près des « spé-

et voyons dans quelle proportion de fréquence nous la rencontrons précédée ou non de commémoratifs spéciaux.

« J'ai là sous la main 36 observations relatives à des gommes palatines. Ces 36 observations ont été recueillies ici-même depuis plusieurs années, et recueillies telles que le hasard nous les a présentées, par conséquent en dehors de toute idée préconçue, en dehors de toute préoccupation afférente à la discussion actuelle. Or, que nous a fourni le dépouillement de ces observations par rapport à l'existence ou à l'absence d'antécédents spécifiques? Ceci, très exactement :

« Sur 15 cas, relatifs à des hommes, 11 avec antécédents avoués de syphilis, et 4 sans antécédents de spécificité ;

« Sur 21 cas observés chez la femme, 9 avec antécédents avoués de syphilis, et 12 sans antécédents spécifiques.

« Additionnant, nous arrivons aux chiffres suivants :

« Sur 36 cas, 20 avec antécédents spécifiques, et 16 sans antécédents de ce genre;

« Ou, en autres termes : 44 cas sur 100 *sans antécédents de syphilis.*

« J'avoue que cette proportion est excessive, insolite, extraordinaire, et je m'empresse d'ajouter que, très vraisemblablement, elle subirait une dépression plus ou moins notable dans une autre *série* de cas. Mais elle est authentique, et je dois vous la donner telle qu'elle nous a été fournie par la clinique. Au surplus, abaissons-la, diminuons-la et même de moitié, si vous le voulez, pour faire la part de ce qu'on appelle « la chance des séries ». Il n'en restera pas moins vrai que, *pour une proportion considérable* de cas, la gomme du palais se présente à l'observation *sans antécédents spécifiques* ; et c'est là seulement (toutes réserves faites sur la quotité du chiffre) ce que je voulais démontrer. »

Or, s'il en est ainsi pour la gomme palatine, comment comprendriez-vous, comment pourriez-vous concevoir qu'il pût en être différemment pour la paralysie générale? Si les antécédents spécifiques font aussi fréquemment défaut pour un accident syphilitique par excellence, tel que la gomme palatine, comment ne feraient-ils pas défaut en proportion équivalente pour la paralysie générale d'origine spécifique?

cialistes », ne prête attention; — 6° les syphilis héréditaires. — Et j'en oublie.

Voilà, certes, un premier point à enregistrer.

D'autre part, l'expérience, en l'espèce, nous apprend ceci :

1° Que la fréquence des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux varie — et cela pour de très notables proportions — suivant les *milieux* où se trouve placé l'observateur.

2° Que cette fréquence est d'autant plus élevée que le milieu où l'on observe *se prête mieux à la recherche des antécédents*. Elle est faible dans les hôpitaux et dans les asiles, où les malades sont isolés, sans entourage; — elle devient bien autrement importante dans les maisons de santé qui reçoivent des malades aisés, assistés de parents, d'amis, de médecins, lesquels deviennent autant de collaborateurs à l'enquête; — elle s'élève plus encore dans la clientèle privée.

A preuve la statistique suivante que j'emprunterai à M. Régis[1].

	Malades sans renseignements	Syphilis probable	Syphilis certaine	Pas de syphilis	Total
Asile Ste-Anne . .	288	1	21	8	318
Maison de santé .	26	4	12	0	42
Clinique de ville .	1	4	13	0	18

1. Régis, *Note sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis*, Gazette méd. de Paris, 1888, p. 269.

D'après cela, donc, des renseignements relatifs à la syphilis ont pu être obtenus, suivant la diversité des milieux, dans les proportions suivantes :

A l'asile Ste-Anne.	9	fois %
A la maison de santé.	38	—
En ville.	94	—

Et, suivant ces divers milieux, le pourcentage des antécédents (certains) de syphilis s'est élevé aux chiffres suivants :

Asile Ste-Anne.	6,6	fois %
Maison de santé.	28,5	—
Clinique de ville	72	—

Au total, le quotient de fréquence de la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale est exactement proportionnel aux facilités que l'on a pour remonter dans le passé des malades, c'est-à-dire pour y trouver ce qu'on y peut trouver. « La proportion des antécédents de syphilis, ont dit MM. Morel-Lavallée et Bélières, augmente avec les facilités de l'anamnèse ». Ce qui revient à dire, ajoute justement M. Régis, que « la syphilis manque surtout là où les renseignements font défaut. » — Sur ce point les témoignages surabondent[1].

3° Enfin, un dernier point ressort encore de

1. Exemple : « ... Plus j'avais la possibilité de remonter dans les antécédents de mes malades (paralytiques généraux), plus fréquemment je rencontrais la syphilis comme facteur possible de leur maladie. » (Savage, *Syphilis and its relation to Insanity*, p. 15.)

l'expérience, à savoir : « C'est dans les milieux où la syphilis est le mieux connue qu'elle se trouve toujours le plus fréquemment signalée dans les relevés étiologiques de la paralysie générale[1]. » Cela va de soi. Car, plus un médecin est familiarisé avec l'étude de la syphilis, plus il possède cette dextérité d'examen qui lui fait découvrir ce que d'autres pourraient laisser passer inaperçu.

Tout cela, somme toute, aboutit à deux résultats qu'on eût pu facilement prévoir et énoncer *a priori*, à savoir :

1° Que, dans les vieilles statistiques, dans les statistiques récusables en principe, dans les statistiques *mauvaises* (disons le mot), la syphilis ne figure que pour un faible, très faible quotient comme antécédent de paralysie générale;

2° Tandis que, tout au contraire, dans les statistiques contemporaines, dressées dans des milieux propiees, *mieux faites* en un mot et mieux faites à tous égards, la proportion des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux devient tout autre, acquiert un taux bien plus élevé.

C'est là ce qu'il me reste à vous démontrer actuellement.

I. — Or, voici, d'abord, un certain nombre de statistiques où le quotient en question (j'entends

1. E. Toulouse, *Gaz. des hôpitaux*, 1892, p. 801.

toujours la proportion numérique des antécédents de syphilis dans la paralysie générale) s'est élevé *du tiers à la moitié des cas*. A savoir :

D'après Goldsmith.	33 %	
— Ascher.	34,7	
— Ziehen.	33 à 43	
— Pontoppidan. . . .	35	
	48	(avec cas probables.)
— G. Renaud.	35	
— Lange.	39	
	51	(avec cas probables.)
— Cullerre.	42	
— Binswanger	45	(au minimum.)
	60	(avec cas probables.)
— Burkhardt.	50	
— Goldstein	50	

Déjà — n'est-il pas vrai? — une telle proportion de fréquence nous montre la syphilis prenant dans l'étiologie de la paralysie générale un rôle *important*, pour ne rien dire de plus. Car est-il beaucoup de facteurs étiologiques qui (réserve faite, bien entendu, pour les causes spécifiques) interviennent en proportion comparable dans la genèse de telle ou telle maladie?

II. — Mais ce n'est pas tout. Car voici, d'autre part, 26 statistiques où la proportion des antécédents de syphilis s'est élevée bien plus haut.

D'après Jastrowitz.	51 %
— De Senna	56,2
— Mierzejewski. . . .	60

D'après	Œbeke	62 %
—	Geill	64 78 (avec cas probables.)
—	Thomsen.	62
—	Jacobsen.	65
—	Folsom	66
—	Bonnet.	66,6 80,2 (avec cas probables.)
—	Hirt.	66,1
—	Hougberg	72 86 (avec cas probables.)
—	Spillmann et Dengler.	72 89 (avec cas probables.)
—	Reinhardt	73,3 80 (avec cas probables.)
—	Cuylits.	73 (hommes.) 66 (femmes.)
—	Snell	75
—	Strümpell	75
—	Mendel	75 à 78
—	Jespersen	77 (avec cas probables.)
—	Rohmell	77
—	Rumpf.	80
—	Mac Dowall.	80
—	Savage.	80
—	Anglade.	81,8 93,4 (avec cas probables.)
—	Régis.	70 à 76 94 (avec cas probables.)
—	Minor.	86
—	Kowaleswsky. . . .	86,7[1]

1. Un chiffre de 91 % ressortirait de l'assertion de Rieger, disant qu'un syphilitique « a 16 à 17 fois plus de chances de devenir paralytique général qu'un individu non syphilitique ».

Bannister, dans une étude qui repose sur 234 observations, conclut à l'action prépondérante, sinon exclusive, de la syphilis. Cent vingt-six fois sur deux-cent trente-quatre, il eut des renseignements précis et retrouva *chaque fois* la vérole dans les commé-

Eh bien, répétant ce que je disais au début de cet exposé, je demande quelle est, au nom du bon sens, la *signification* de pareils chiffres ; je demande ce que veut dire une telle fréquence d'antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux. Quoi ! Dans une maladie telle que la paralysie générale, où la recherche des antécédents morbides (veuillez ne pas l'oublier) est entourée de tant d'obscurités et de difficultés spéciales, on aboutit à rencontrer la

moratifs de la maladie. (*Journal of nerv. and mental diseases*, déc. 1891.)

D'autre part, sans produire de statistiques, de nombreux médecins ont pris parti, ces derniers temps, pour la doctrine que nous soutenons ici et reconnu formellement les relations de la paralysie générale avec la syphilis. C'est là ce que nous ont surtout appris les laborieuses enquêtes de MM. Morel-Lavallée, Bélières et Dengler. Je leur emprunterai quelques-uns de leurs documents.

Erb (d'Heidelberg) : « ... Je puis vous dire que, selon moi, *la paralysie générale a, avec la syphilis, les mêmes rapports que le tabes* ».

Zacher, médecin de l'asile d'Ahrweiler (Allemagne) : « ... Sans considérer la paralysie générale comme une manifestation spécifique, j'estime qu'un individu syphilitique a de bien plus grandes chances de devenir paralytique qu'un individu sain. »

Bouchaud, médecin de l'asile de Lommelet : « ... La syphilis est la cause *ordinaire* de la paralysie générale ».

Professeur Kowalewsky (de Kharkoff) : « ... Mon avis est que, pour le moins dans 50 % des cas, la syphilis sert de raison principale et essentielle à la paralysie progressive. Dans les autres 50 %, la syphilis agit encore, mais sur un terrain préparé (héréditaires, alcooliques) ; ou bien c'est la syphilis qui prépare le terrain, et d'autres agents, aidés par elle, produisent la maladie ».

Sémal, médecin-directeur de l'asile de Mons (Belgique) : « ... Les paralytiques généraux (hommes) que j'ai eu à traiter dans ma clientèle privée, étaient *en grande majorité* d'anciens syphilitiques, et j'estime que l'inefficacité du traitement spécifique n'est pas un argument contre la théorie de l'origine spécifique de la paralysie générale. »

Professeur Homèn (d'Helsingfors) : « ... J'attribue à la syphilis

syphilis jusque chez les 2/3, jusque chez les 4/5 des sujets, et cela resterait lettre morte, et cela ne témoignerait que de « simples coïncidences pathologiques » ! En vérité, ne suffit-il pas d'en appeler à la logique et au simple bon sens pour faire justice d'un tel procédé d'interprétation des faits cliniques? Je prétends, moi, tout au contraire — et je suis bien certain d'avoir avec moi sur ce point l'im-

le rôle *le plus important* comme cause prédisposante de démence paralytique. »

Idanoff : « La syphilis prépare le terrain pour le développement de la paralysie générale.... Elle joue, dans les deux sexes, un rôle *principal* et *prépondérant*. (*Revue neurologique*, 1893, p. 399.)

Ripping « voit dans la syphilis une cause *principale*, mais non une cause constante et exclusive de paralysie générale. »

Professeur Neumann : « La syphilis est une cause *principale* de paralysie générale. »

Bergh « souscrit à l'opinion de son compatriote Jespersen.... Dans la Scandinavie, c'est une opinion générale que la paralysie générale est, *dans la plupart des cas, d'origine syphilitique* ».

Haslund : « Je regarde la syphilis comme une *cause directe de la paralysie générale*, tout à fait comme du tabes, et je crois que les cas typiques de la paralysie générale sont dus à la syphilis, tandis que ceux qui sont moins typiques semblent avoir une autre cause. »

Professeur Tarnowsky : « ... Personnellement, je considère la syphilis *au nombre des causes les plus prédisposantes* au développement de la paralysie générale. Mais je ne crois pas qu'on puisse appeler la syphilis une cause constante ou bien exclusive de la paralysie générale. — La paralysie générale n'est pas seulement une péricencéphalite diffuse, mais bien aussi une encéphalite interstitielle chronique. Son processus morbide n'est pas, selon moi, une manifestation proprement dite de la diathèse syphilitique; aussi ne cède-t-il pas à un traitement spécifique des plus énergiques.... Je considère la syphilis, par rapport à la paralysie générale, comme une cause qui agit indirectement en préparant le terrain ». — (N'est-ce pas dire comme nous, mais en autres termes, que la paralysie générale est une affection d'origine, et non de nature syphilitique, à savoir une affection parasyphilitique?)

mense majorité de mes confrères — que les chiffres en question comportent une signification toute différente. Je prétends qu'ils attestent d'une façon patente, irrécusable, un *rapport causal* des plus intimes entre la paralysie générale et la syphilis. Je dis que le simple hasard n'est pas capable de réaliser de telles rencontres, à savoir de réunir de 60 à 80 fois pour 100 deux processus morbides de cet ordre sans que l'un serve d'appel à l'autre, sans que l'un soit cause et l'autre effet. Et cette façon d'expliquer les statistiques qui précèdent me paraît tellement forcée, tellement obligatoire, autant que simple et rationnelle d'ailleurs, qu'en vérité elle n'exige pas une argumentation plus explicite. Elle est de celles qui ne comportent pas discussion, elle est de celles qui s'imposent.

Un exemple. — A bon droit, la relation des affections cardiaques avec le rhumatisme passe pour indiscutable aujourd'hui. Eh bien, peut-elle invoquer en sa faveur une proportion de fréquence supérieure à celle qui rattache en toute évidence la paralysie générale à la syphilis dans les statistiques précitées?

Donc, il n'est plus à le nier, la paralysie générale reconnaît très certainement la syphilis comme un de ses facteurs étiologiques, et comme un facteur puissant, considérable, de premier ordre.

Qu'une telle proposition soit en dehors des idées courantes et de la science officielle, je n'ai pas à

vous l'apprendre. Qu'elle soit jugée « subversive » et « révolutionnaire » par certains aliénistes qu'elle a pu troubler dans le calme de leurs asiles, rien de plus naturel. Qu'elle ne soit guère plus favorablement accueillie par certains de nos collègues qu'impatiente ce qu'ils appellent « les empiètements continuels de la syphilis », indiscrète personne, qui, en effet, depuis une vingtaine d'années s'est fait remarquer par des incursions inattendues sur divers domaines de la pathologie, cela encore est plus que facile à prévoir. Mais que voulez-vous? Un dilemme s'impose. Il faut de deux choses l'une : ou bien récuser les statistiques précédentes (ce que personne n'a tenté jusqu'ici, étant donnée l'estime scientifique dont leurs auteurs sont entourés); ou bien accepter la conséquence qui en dérive.

Or, cette conséquence n'est rien autre qu'une relation de parenté, qu'une relation de cause à effet à reconnaître entre la syphilis et la paralysie générale, laquelle, donc, en résumé, procéderait d'une cause spécifique pour une proportion de fréquence qui ne saurait encore être exactement déterminée, mais que tout porte à croire *considérable.*

XXII

D'ailleurs, messieurs, les statistiques que je viens de vous présenter ne sont pas seules à témoigner en faveur d'une connexion étiologique entre la

paralysie générale et la syphilis. Il est d'autres arguments, d'autres considérations qui plaident dans le même sens, et qui doivent trouver place actuellement dans cet exposé.

I. — Les syphiliographes ne sont pas en situation, comme les aliénistes, de collectionner un certain nombre de paralysies générales pour étudier sur elles la quotité d'antécédents syphilitiques qui y figurent. Mais ils peuvent faire autre chose, à savoir : rechercher ce que deviennent les clients qu'ils ont traités de la syphilis, et voir s'il en est peu ou beaucoup qui aboutissent à la paralysie générale.

Impossible à l'hôpital, où l'on n'a jamais affaire qu'à des malades de passage, à des malades dont l'histoire ultérieure est destinée presque fatalement à rester inconnue, une étude de cet ordre trouve au contraire sa place dans la clientèle privée où l'on a souvent l'occasion de suivre, pour de longues périodes de leur existence, des malades qu'on a traités originairement de la syphilis.

Eh bien, quant à moi, je déclare qu'il m'est souvent arrivé de voir des malades, que j'avais eu l'occasion de traiter pour tels ou tels accidents de syphilis, aboutir quelques années plus tard à des états cérébraux constituant ou bien la pseudo-paralysie générale ou bien la paralysie générale vraie. A ne parler pour l'instant que de ce dernier ordre de cas, des exemples de ce genre abondent dans mes souvenirs et dans mes dossiers. J'en

appelle sur ce point au témoignage de mes collègues ou amis, MM. Blanche, Charcot, Mesnet, Magnan, Motet, Luys, Falret, Sémelaigne, Goujon, etc. Que de fois ne m'est-il pas arrivé de visiter avec eux d'anciens malades à moi devenus paralytiques généraux! Que de fois aussi, d'autre part, n'ai-je pas entendu de divers côtés le propos suivant : « Vous savez bien, ce pauvre X..., que vous traitiez, il y a quelques années, pour des péchés de jeunesse? eh bien, il est devenu fou; il a la folie des grandeurs, il nage dans les millions et les milliards; on a dû l'enfermer, et on le dit affecté de paralysie générale »?

Il s'en faut à coup sûr — et de beaucoup — que les syphilitiques finissent par la paralysie générale aussi souvent que par le tabes; nulle comparaison à cet égard. Mais ce que je puis affirmer, c'est qu'ils finissent aussi par la paralysie générale plus souvent qu'on ne le croit et que je ne l'ai cru moi-même (je fais mon *meâ culpâ* sur ce point) jusqu'à ces dernières années. Tel est même le nombre des lamentables terminaisons de ce genre qu'il devient impossible de les expliquer par de simples éventualités de coïncidence. Tel en est le nombre qu'il est impossible vraiment de ne pas en être frappé après un certain temps de pratique et de ne pas avoir sa conviction édifiée sur leur provenance réelle. J'ai bien le droit d'en juger par moi-même, d'en juger par l'évolution qui s'est faite à mon insu ou même, dirai-je, malgré moi dans mes appré-

ciations, dans mes idées. A l'origine, sur la foi de mes maîtres et de mes contemporains, je ne croyais pas, je m'efforçais de ne pas croire à la paralysie générale de cause syphilitique. Je repoussais une telle doctrine à la façon d'une hérésie. Si bien que, pour interpréter les faits qui se présentaient à moi sous forme de paralysies générales consécutives à la syphilis, j'imaginai un type morbide nouveau, la PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE[1], type vrai, type authentique, mais dans le-

1. V. *La syphilis du cerveau*, Leçons cliniques recueillies par Brissaud, 1879.

« ... Si la paralysie générale, disais-je à cette époque déjà lointaine, s'observe bien chez les syphilitiques, elle ne s'y observe que quelquefois, quelquefois seulement, c'est-à-dire trop peu souvent pour qu'on soit autorisé à la considérer comme un résultat, un effet manifeste de la vérole. *Il est avéré que la syphilis aboutit parfois à la paralysie générale*, mais c'est tout. Elle n'y aboutit pas d'une façon qui soit assez habituelle pour devenir significative, pour attester *par évidence numérique* un rapport de causalité.

« Donc, le problème (pour aujourd'hui) reste sans solution. Et tout ce qu'il nous est permis de dire à ce propos, dans l'état actuel de nos connaissances, se réduit à ceci :

« 1° Rationnellement, il est très acceptable que la syphilis puisse avoir une part étiologique dans la production de la paralysie générale. Une diathèse, en effet, qui, comme la syphilis, influence aussi énergiquement et aussi profondément l'ensemble de l'organisme, une diathèse susceptible comme elle de troubler, de bouleverser le système nerveux, est certes bien faite pour prendre rang au nombre des causes capables de déterminer la paralysie générale.

« 2° Mais, si ce mode d'action de la diathèse est admissible théoriquement, il ne constitue encore qu'une hypothèse dont la démonstration clinique reste à établir sur des faits nouveaux » (p. 399).

Mes opinions, on le voit, se sont modifiées, depuis l'époque où j'écrivais ce qui précède (1879), sur les rapports de la paralysie générale avec la syphilis. Mais comment et pourquoi ? On me permettra de le dire en deux mots.

A cette époque, je n'avais encore rencontré qu'un petit nombre

quel, bien certainement, j'ai eu le tort autrefois de faire rentrer, bon gré mal gré, des cas non moins authentiques de paralysie générale vraie. Puis est venue l'expérience qui, à la longue, m'a autorisé à secouer le joug des classiques et à soupçonner que la paralysie générale vraie pouvait bien, elle aussi, dériver de la syphilis. Puis les faits de ce genre se sont multipliés sous mes yeux, et, finalement, j'en suis arrivé à cette conviction qu'une relation causale intime relie la paralysie générale à la syphilis, que la syphilis engendre la paralysie générale comme elle engendre le tabes, et qu'elle lui sert d'origine dans un nombre de cas considérable, considérable étant dans notre société le nombre des syphilitiques.

Ainsi donc — remarquez bien ceci — aliénistes et syphiliographes par des voies opposées, les premiers en remontant dans le passé de leurs malades, les seconds en descendant le courant, c'est-à-dire en suivant l'évolution de la syphilis chez leurs clients, sont conduits exactement aux mêmes résul-

de paralysies générales sur des malades affectés de syphilis. J'étais donc autorisé à croire, avec tout le monde, qu'il n'existait qu'un rapport de coïncidence éventuelle de l'une à l'autre de ces maladies, alors qu'elles venaient à faire conjonction sur le même sujet. Je n'étais pas autorisé en tout cas à combattre cette opinion.

Mais, depuis lors, l'expérience est venue avec l'âge. Depuis lors j'ai vu nombre de fois la paralysie générale succéder à la syphilis. Éclairé par ce que j'appelais tout à l'heure « l'évidence numérique », j'ai dû admettre une relation pathogénique entre les deux maladies et aboutir à l'opinion que je professe actuellement. — Je n'ai donc fait, dans cette évolution d'idées, qu'obéir aux données de l'observation, aux témoignages de la clinique.

tats. Les uns et les autres aboutissent à constater une influence indéniable, irrécusable, de la syphilis sur la genèse de la paralysie générale.

Voilà, à coup sûr, deux ordres de témoignages curieux, formels, considérables, en faveur de la démonstration que je poursuis. Ne disposerions-nous que d'eux seuls, ils suffiraient presque à cette démonstration. Mais, par bonheur, diverses autres considérations viennent encore leur prêter appui. Celles-ci, pour n'avoir pas, à coup sûr, la haute signification des arguments précités, n'en apporteront pas moins à notre thèse un utile contingent.

XXIII

II. — Une première considération ressort du fait que voici : Corrélation de fréquence d'un sexe à l'autre entre la paralysie générale et la syphilis. Vous allez me comprendre.

Tout le monde est d'accord sur ce point que la paralysie générale est relativement rare chez la femme, qu'elle est beaucoup plus rare chez elle que chez l'homme (environ dans la proportion de 1 à 8 d'après Bayle, de 1 à 8 d'après Krafft-Ebing, de 1 à 7 d'après le Pr Ball, etc.[1].

1. « Il est naturel, disent MM. Christian et Ritti (*Dict. encyclop. des sciences médic.*, t. XXI), que les statistiques sur ce point diffèrent *suivant les milieux* dans lesquels les auteurs ont fait leurs observations. Ceux qui ont eu en vue les asiles privés, accessibles seulement aux malades de la classe aisée et opulente, ont obtenu des proportions

Eh bien, il en est de même exactement pour la syphilis qui, elle aussi, est beaucoup moins commune dans le sexe féminin que dans le nôtre. A l'hôpital, cette différence est peu frappante pour la bonne raison que nos services de vénériens et de vénériennes, également insuffisants les uns et les autres, sont toujours également pleins, bondés et au grand complet. Mais elle saute aux yeux dans la pratique de ville. Tout praticien vous dira qu'il soigne en ville infiniment plus d'hommes que de femmes syphilitiques. Je puis préciser davantage pour ma part, et vous dire ceci :

Depuis mon doctorat (1860), j'ai donné mes soins en ville à :

15.100 hommes syphilitiques,

et 1.400 femmes syphilitiques.

Comparez. Cela fait, en chiffres ronds, un cas de syphilis féminine contre plus de dix cas de syphilis masculine. C'est-à-dire que la syphilis est au

beaucoup moindres que ceux qui ont observé dans les asiles d'indigents. Il est à noter, en effet, que la paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez les femmes des basses classes et, en particulier, chez les prostituées. »

Retenons au passage ce dernier point, car il apporte encore un contingent à la thèse que nous défendons ici, et cela en témoignant d'une corrélation nouvelle entre la syphilis et la paralysie générale. Les aliénistes nous apprennent que la paralysie générale est beaucoup plus commune chez les femmes des classes pauvres que chez les femmes des classes riches. A leur tour, les syphiliographes seront unanimes à affirmer que la syphilis est beaucoup plus fréquentes chez les femmes des basses classes que chez celles qui appartiennent à la bourgeoisie ou à l'aristocratie. Voyez le rapprochement.

minimum *dix fois plus commune* chez l'homme que chez la femme.

Eh bien, maintenant rapprochez ces deux faits : d'une part, rareté de la syphilis chez la femme, et rareté corrélative, chez elle, de la paralysie générale; — d'autre part, fréquence de la syphilis chez l'homme, et fréquence corrélative chez lui de la paralysie générale. Rapprochez, dis-je, ces deux faits, et il vous sera difficile de n'y pas trouver une signification par rapport au sujet qui nous touche actuellement. Car, puisque la fréquence ou la rareté de la paralysie générale se trouve dans tel ou tel sexe en proportion directe avec la fréquence ou la rareté de la syphilis dans ce même sexe, n'est-ce pas là une présomption valable en faveur de la doctrine qui accorde à la syphilis une influence étiologique sur la paralysie générale?

III. — Seconde considération, que j'énoncerai immédiatement ici, pour ne pas quitter ce qui est relatif à la femme dans cette discussion.

La paralysie générale est rare, au moins relativement, dans le sexe féminin, comme nous venons de l'établir. Mais, quand on l'y observe, sur *quelles femmes* l'y observe-t-on? Réponse précise, de l'aveu général : Sinon toujours, au moins pour la grande majorité des cas, sur des femmes « irrégulières », sur des femmes du demi-monde, du monde galant, sur des prostituées, c'est-à-dire sur des femmes chez qui la syphilis ne fait que rare-

ment défaut. Ici encore quelques statistiques doivent être citées.

Sur 7 femmes affectées de paralysie générale, qu'il a traitées dans sa maison, M. Falret nous apprend que 5 étaient syphilitiques.

Dans la thèse du Dr Charbonneau[1], nous voyons que, sur 4 femmes aliénées paralytiques à antécédents connus, 4 avaient eu la syphilis.

Le Dr Anglade a observé à l'asile de Bordeaux 37 aliénées paralytiques. Or, sur ce nombre, 30 étaient « certainement syphilitiques » ; — 5 l'étaient « probablement » ; — en 2 cas seulement la syphilis paraissait faire défaut[2]. — Trente et peut-être trente-cinq syphilitiques sur trente-sept cas de paralysie générale, quelle proportion ! Cela n'est-il pas probant ?[3].

IV. — Troisième point : *Rareté corrélative de la paralysie générale et de la syphilis en certains milieux.* — Ainsi :

1° C'est un fait acquis que la paralysie générale est rare chez les habitants des campagnes, relativement à ce qu'elle est chez les habitants des villes et surtout des grandes villes. — Or, n'est-ce pas

1. *Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1891.
2. *Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive*, Thèses de Paris, 1891.
3. Du reste, une foule d'observateurs (Trélat, Hildenbrandt, Snell, Jastrowitz, Cullerre, Dangler, etc.) ont remarqué et signalé la fréquence de la paralysie générale chez les prostituées.

aussi un résultat d'expérience que la syphilis est bien autrement rare dans les campagnes que dans les villes?

2° Divers auteurs ont signalé la rareté de la paralysie générale en certains pays, tels que l'Irlande, l'Écosse, certaines régions agricoles de la France[1]. — Or, c'est dans ces mêmes pays également que la syphilis est le moins répandue.

3° On a remarqué encore la rareté de la paralysie générale chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers, etc.[2]. Eh bien, ce sont là précisément tous sujets que l'austérité de leurs mœurs ou la réclusion du cloître protège contre la syphilis.

V. — Certes, l'étiologie de la paralysie générale est essentiellement complexe et reconnaît des facteurs aussi multiples que divers, lesquels aussi peuvent s'associer. Mais, de tous ces facteurs, quel est celui qui tient le premier rang, celui que dénoncent le plus souvent les investigations cliniques?

Déjà plusieurs observateurs, statistiques en mains, se sont prononcés sur la question.

1. V. Camuset, *Note sur la rareté de la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban* (Lozère). Ann. méd. psych., 1886, p. 187.

2. Sur 952 aliénés paralytiques, M. Bouchaud n'a trouvé que 7 religieux. (*De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et les religieux*, Ann. méd. psych., mai 1891, p. 363.)

« Depuis 83 années, à la York Retreat, où l'on traite un nombre considérable de quakers, gens dont la pureté de vie est proverbiale, on n'a reçu que 3 cas de paralysie générale » (Mac Dowall). — V. Morel-Lavallée, *Paralysie générale et syphilis* (*Revue de médecine*, 1892.

Obersteiner, par exemple, a trouvé comme facteurs étiologiques dans un certain nombre de cas :

Les traumatismes crâniens. . .	12 fois.
Les causes psychiques.	15 —
La syphilis.	21 —

et il conclut de ses recherches en termes exprès que, de toutes les causes de la paralysie générale, la syphilis est la plus fréquente.

Œbeke a donné une analyse précise de 100 cas de paralysie générale qu'il a minutieusement étudiés au point de vue qui nous intéresse, et voici les facteurs étiologiques qu'il a rencontrés le plus souvent, soit isolés, soit combinés entre eux :

Syphilis.	53 %
Prédisposition héréditaire. . . .	46 —
Tempérament nerveux.	44 —
Excès alcooliques.	43 —
Surmenage psychique.	42 —
Excès sexuels.	41 —
Hérédité directe	22 —
Fatigues.	22 —
Traumatismes	5 —

Pour cet observateur, donc, la syphilis tient le *premier rang* dans les causes de la paralysie générale. Elle marche en tête, en avant même de la prédisposition héréditaire, laquelle cependant nous est représentée par certains neurologistes comme la cause principale, primordiale, presque essentielle de la paralysie générale. (Il est vrai, soit dit inci-

demment, que, pour nombre d'autres médecins, tels que Morel, Blanche, Doutrebente, Jacobson, Anglade, etc., l'hérédité ne jouerait qu'un rôle plus ou moins effacé dans l'étiologie de cette affection. Blanche dit expressément que, de toutes les maladies mentales, c'est la paralysie générale sur laquelle les influences héréditaires sont le moins actives.)

Une autre statistique produite par le Pr Spillmann (de Nancy) et son élève Dengler, est encore plus favorable à la syphilis[1]. Voyez plutôt :

Antécédents étiologiques. —	Pratique hospitalière	Pratique privée	Total —	Pourcentage —
Syphilis certaine. . . .	10	14	24	93 %
— probable . . .	3	»	3	
Hérédité congestive. .	3	3	6	20
— nerveuse. . .	2	4	6	20
Alcoolisme.	3	2	5	17
Pas de renseignements.	1	»	1	»

Ici, donc, la syphilis marche au premier rang pour une proportion de 93 pour 100, laissant bien loin derrière elle l'hérédité nerveuse (20 pour 100) et l'alcoolisme (17 pour 100).

Et, d'autre part, recherchant si ces divers facteurs étiologiques ont agi de leur chef exclusif ou se sont combinés et comment ils se sont combinés, les mêmes observateurs ont abouti aux résultats suivants :

1. G. Dengler, *Syphilis et paralysie générale*, Thèses de Nancy, 1893.

Syphilis comme seule cause. .	15 fois.
Syphilis et hérédité nerveuse. .	6 —
Syphilis et hérédité congestive	3 —
Syphilis, hérédité congestive et alcoolisme.	2 —
Syphilis et alcoolisme.	1 —
Hérédité congestive et alcoolisme.	1 —
Alcoolisme seul.	1 —

« Ces renseignements, dit le Dr Dengler, permettent donc de conclure : que, dans la moitié des cas environ, la syphilis agit seule pour provoquer le développement de la paralysie générale; — et que, dans l'autre moitié, une cause prédisposante, secondaire, lui prépare le terrain. »

De même encore pour le Dr Bonnet, c'est à la syphilis qu'appartiendrait la première place dans l'étiologie de la paralysie générale, les autres facteurs invoqués par les classiques (surmenage, alcool, excès vénériens, traumatismes, etc.) devant être relégués bien en arrière et n'exerçant sur sa production qu'une influence secondaire, adjuvante[1].

Enfin, il est des cas plus explicites encore où la syphilis a été rencontrée comme facteur *unique* de paralysie générale, toute autre cause faisant absolument défaut. Savage, par exemple, a relaté un cas de cet ordre. De même, pour ma part, j'ai vu plusieurs fois des malades aboutir à la paralysie

1. J. Bonnet, *Rapports de la syphilis et de la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1891.

générale du fait exclusif de la syphilis, c'est-à-dire en l'absence de toute cause soit personnelle, soit héréditaire, de nature à expliquer cette terminaison.

VI. — Un cinquième argument nous est fourni par la *fréquence relative des antécédents de syphilis dans la paralysie générale et dans les autres folies.* Vous allez me comprendre.

Si la syphilis était étrangère à la genèse de la paralysie générale, il n'y aurait pas de raison pour qu'elle se rencontrât plus fréquemment ou moins fréquemment dans les antécédents de cette maladie que dans les antécédents des autres aliénations. Or, sur ce point spécial, que nous apprend la clinique?

Régis a rassemblé neuf statistiques (dues à Mendel, Reinhardt, Œbeke, Röhmel, Savage, Goldsmith, Bonnet, Anglade et lui-même), statistiques où a été étudiée comparativement la fréquence des antécédents de syphilis dans la paralysie générale et dans les autres folies. Or, l'analyse de ces divers documents l'a conduit aux résultats que voici :

Proportion des antécédents de syphilis :

1° Dans toutes les folies autres que la paralysie générale : 10 pour 100.

2° Dans la paralysie générale : 65 pour 100.

Cela équivaut à dire en langage courant que, rare dans le passé des fous vulgaires, la syphilis est

au contraire très commune dans le passé des paralytiques généraux[1].

En serait-il ainsi, pourrait-il en être ainsi, au nom de la logique, si la syphilis n'était pour rien dans la genèse de la paralysie générale?

VII. — Un autre appoint en faveur de l'opinion que nous défendons ressort d'un fait anatomique plusieurs fois observé, à savoir : la coexistence de lésions de paralysie générale et de lésions usuelles de syphilis.

Citons un exemple que j'emprunterai à Mendel. Un sujet syphilitique vient à présenter la série habituelle des symptômes de la paralysie générale, notamment un délire de grandeur, au cours duquel il devient riche à milliards, ami des plus grands hommes, fils de l'empereur d'Allemagne, etc. Le mal suit son cours ordinaire et se termine par la mort. Or, à l'autopsie, on constate : d'une part, les lésions usuelles de la paralysie générale; — et, d'autre part, une méningite gommeuse avec une exostose du frontal.

1. Quelques autres statistiques déposent encore dans le même sens. Exemples :

	Antécédents de syphilis — Dans la paralysie générale.		Antécédents de syphilis — Dans les diverses folies.	
D'après Obersteiner.	35,2	%	4,1	%
— Ziehen. . .	43	—	13	—
— Lange . . .	39	—	2	—
— Hirt. . . .	66,5	—	5,38	—
— Hougberg. .	72 à 86	—	4,28	—

Ainsi, voilà diverses lésions juxtaposées, superposées, continues presque. Bien qu'anatomiquement différentes, n'est-il pas rationnel de les croire, étiologiquement, d'origine identique?

VIII. — Autre coïncidence, et celle-ci plus significative encore.

Assez souvent le tabes et la paralysie générale s'associent, se donnent la main, se succèdent, bref, d'une façon ou d'une autre, se combinent sur le même sujet, en constituant de la sorte une scène morbide à laquelle, de vieille date, j'ai assigné le nom de *tabes cérébro-spinal.*

Or, vous le savez, il n'est plus douteux pour personne aujourd'hui que le tabes n'ait son origine, au moins 90 fois sur 100, dans la syphilis.

Eh bien, ce fait n'implique-t-il pas logiquement, presque nécessairement, que telle aussi doive être l'origine de la paralysie générale, qui a tant et tant de similitudes cliniques avec le tabes, qui se confond souvent avec lui, qui forme avec lui un groupe pathologique naturel, si naturel même qu'on songe aujourd'hui, non sans de légitimes raisons, à les réunir tous deux en une seule et même entité morbide?

Mais je me borne pour l'instant à signaler ce point, sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir en détail.

XXIV

IX. — Enfin, un dernier et puissant témoignage nous est encore offert par les cas de paralysie générale développée chez les jeunes sujets, par ce qu'on a appelé la *paralysie générale juvénile*.

M. le Dr Régis a réuni quatorze paralysies générales de cet ordre, ayant évolué sur des sujets de 13 à 19 ans[1]. Or, devinez combien de fois, dans ces quatorze cas, on a trouvé la syphilis en remontant (non sans difficultés) dans le passé de ces jeunes sujets?

Sept fois, d'une façon certaine, et une fois, d'une façon probable!

Ainsi, sept ou huit fois sur quatorze cas, on a découvert la syphilis (et la syphilis héréditaire, cela va sans dire)[2] dans les antécédents de tout jeunes gens, d'adolescents, presque d'enfants quelquefois, affectés de paralysie générale. — (Encore l'a-t-on toujours suffisamment cherchée, cherchée de façon à pouvoir la trouver, ce qui n'est pas, le plus souvent, sans difficultés considérables, comme je l'ai démontré ailleurs[3]? Mais n'importe.)

1. *Syphilis et paralysie générale*, Archives cliniques de Bordeaux, 1892, n° 7.

2. Un de ces cas toutefois est relatif à une syphilis acquise (enfant infecté par une nourrice). — La paralysie générale, dans ce cas, fit invasion vers l'âge de 17 ans.

3. V. *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.

Oui, sept ou huit fois sur quatorze on a trouvé la syphilis dans les antécédents de jeunes sujets affectés de paralysie générale. Eh bien, cette proportion, d'abord, n'est-elle pas extraordinaire? Et, d'autre part, n'est-elle pas, en ce qui nous intéresse pour l'instant, aussi démonstrative qu'extraordinaire?

Un cas de même ordre a été publié récemment par Hüfler[1]. Il est relatif à une jeune fille qui, contaminée à l'âge de six ans par un sujet syphilitique, fut affectée de paralysie générale dans sa vingtième année.

Enfin, une autre observation des plus curieuses, due au professeur Homèn (d'Helsingfors), nous présente trois enfants de la même famille, très vraisemblablement hérédo-syphilitiques, qui furent pris de paralysie générale à l'âge de 20, 10 et 20 ans. Bien malheureusement, cette observation comporte une lacune, à savoir : absence de renseignements formels sur la syphilis des parents. Cette lacune regrettable laisse planer quelque incertitude sur le

1. *Deutsch Zeitsch. f. Nervenheilkunde*, 1892, t. II, p. 478.

Cette observation se résume en ceci : « Enfant contaminée à 6 ans par le baiser d'une personne syphilitique. Chancre labial. — Traitement spécifique. — Vers l'âge de 20 ans, la jeune fille devient distraite, perd la mémoire, commet toute espèce d'actes déraisonnables. — Vertiges. — Embarras de la parole. — Irrégularité pupillaire. — Tremblement fibrillaire des muscles de la langue; trémulation de la face. — Embarras de la parole. — Tremblement et maladresse des mains. — Incoordination des mouvements. — Exagération des réflexes patellaires. — Idées absurdes de richesse et de grandeur. La malade veut un piano en or, possède des statues magnifiques, a les plus beaux livres, etc. »

cas en question, bien que l'hérédité spécifique y soit attestée presque évidemment par des particularités diverses et significatives (polymortalité infantile, stigmates dentaires, retards du développement, infantilisme, douleurs osseuses sans lésions, endartérite précoce, hépatite interstitielle diffuse, etc.)[1].

Ainsi, donc, voilà toute une série d'enfants ou d'adolescents qui ont été affectés d'une maladie plus qu'étrange, d'une maladie *extraordinaire* pour leur âge, à savoir d'une maladie d'adultes. Inventaire fait des causes qui ont pu déterminer une telle anomalie, on découvre sur plus de la moitié d'entre eux l'hérédo-syphilis ou la syphilis acquise, et cela ne voudrait rien dire, et cela resterait lettre morte, et cette grande cause, l'hérédité spécifique, l'hérédité infectieuse, cette cause si féconde en accidents de tout genre et notamment en accidents d'ordre nerveux, serait étrangère à la production de cette paralysie générale juvénile! Et aucun rapport, aucune relation ne rattacherait l'un à l'autre ces deux termes : syphilis et paralysie générale! Allons donc! Personne ne se prêterait à le croire.

D'autant qu'en l'espèce, c'est-à-dire dans cet ordre spécial de cas, la syphilis reste presque la raison *exclusive* à laquelle il soit légitime d'imputer cette paralysie générale. Voyez plutôt.

1. *Arch. f. Psychiatrie*, 1891, helft 2, p. 191. — Observ. consignée dans la Thèse de M. le Dr Dengler, *Syphilis et paralysie générale*, Th. de Nancy, 1893, p. 58.

Peut-on mettre en cause ici l'hérédité « nerveuse, névropathique »? Mais cette fameuse hérédité nerveuse, dont on a tant abusé ces derniers temps et dont certains neurologistes ont fait une explication bonne à tout, ne s'exerce pas à l'âge en question. Elle ne produit pas la paralysie générale de treize à dix-neuf ans. Car, si la paralysie générale avait pour habitude d'entrer en action aussi prématurément, elle serait ce qu'elle n'est pas, à savoir une maladie de l'adolescence, au lieu d'être ce qu'elle est, une maladie de l'âge mûr.

Peut-on, d'autre part, faire appel ici, comme d'usage, à telle ou telle de ces causes sous l'égide desquelles se réfugient incessamment les adversaires de l'origine syphilitique de la paralysie générale, comme l'alcoolisme, le surmenage physique, intellectuel ou moral, l'agitation, le désordre, la turbulence de la vie, les inquiétudes, les tracas, les chagrins, les émotions de tout ordre, etc., etc.? Mais toutes ces causes n'ont pas leur *terrain* en l'espèce; elles ne sont pas de celles qui ont prise sur des enfants, des adolescents; toutes ces causes, il n'y faut donc pas songer, étant donné l'âge des malades.

En sorte qu'on a beau, dans les cas de cet ordre, épuiser l'étiologie usuelle de la paralysie générale, on n'y rencontre rien autre d'admissible que la syphilis. Inventaire fait au complet et au grand complet, la syphilis y émerge seule, étiologique-

ment, comme origine *unique* à laquelle il soit rationnellement possible de rattacher cette paralysie générale juvénile.

Eh bien, pour conclure, je dis qu'en pareille situation se refuser à voir une connexion, un rapport étiologique entre ces deux faits : d'une part, une maladie se produisant d'une façon exceptionnelle dans un âge où elle est presque inconnue, et, d'autre part, l'existence chez ces jeunes sujets d'une hérédité infectieuse puissante, éminemment pathogène et spécialement pathogène en tant qu'accidents nerveux, je dis que se refuser à admettre cette connexion, ce rapport, ce n'est rien moins que fermer les yeux à la lumière et méconnaître, de parti pris, ce que j'oserai appeler une *évidence clinique*.

XXV

Telles sont, messieurs, les considérations multiples qui ont conduit à soupçonner d'abord, puis à affirmer plus tard une relation pathogénique entre la paralysie générale et la syphilis. Émanées de sources diverses, reposant sur des faits cliniques d'authenticité irrécusable, elles servent de base aujourd'hui à une grande vérité qui, pour avoir été longtemps méconnue, pour ne trouver encore qu'un dédaigneux accueil près de certains de nos collègues, n'en a pas moins conquis d'ores et déjà droit

de cité dans la science. A en juger par le chemin qu'elle a fait dans les esprits ces derniers temps, je ne suis pas inquiet de son avenir. Il y a quinze ou vingt ans, honni eût été le médecin assez audacieux pour hasarder l'opinion qu'il pût y avoir quoi que ce soit de commun entre la syphilis et la paralysie générale, que l'on considérait comme une entité morbide sacro-sainte, absolument autonome, rigoureusement indépendante de toute affiliation, non susceptible du moindre degré de vassalité vis-à-vis de n'importe quelle autre maladie. Il n'y a pas plus de trois ans, un rapport académique, d'ailleurs très savamment conçu et brillamment écrit par un de nos plus éminents aliénistes, enterrait sous des fleurs le livre d'un de mes élèves qui avait osé défendre la doctrine de la paralysie générale d'origine syphilitique[1]. Et voici qu'aujourd'hui, enrichie d'observations nouvelles, forte d'adhésions nombreuses, cette doctrine tend à s'affirmer de plus en plus. Dès maintenant elle a conquis sa place dans la pathologie, dès maintenant il faut compter avec elle. Laissez passer encore quelques années,

1. *Syphilis et paralysie générale*, par A. Morel-Lavallée et L. Bélières, 1889.

En dépit de sa condamnation académique, ce livre survit et survivra. J'aurais mauvaise grâce à le louer; mais il me sera bien permis de dire qu'il a été le premier plaidoyer complet en faveur de la doctrine qui rattache la paralysie générale à la syphilis, et qu'il contient l'enquête la plus étendue qui ait été faite sur la question, enquête laborieusement instituée, qui marquera une étape dans l'histoire du sujet et sera toujours utilement consultée.

pour donner à la question le temps de mûrir, et vous verrez que, vers la fin du siècle par exemple, ce qui eût été une hérésie pour la génération précédente, ce qui aujourd'hui encore est taxé de « nouveauté, d'innovation téméraire, de fantaisie », dont il convient de se garder « avec une sage réserve », sera devenu une vérité classique, sera élevé au rang d'une doctrine officielle.

XXVI

Toutefois ne nous empressons pas trop de conclure. Car, dans ce débat, nous n'avons encore entendu qu'une des parties adverses. Ce qui précède est le plaidoyer des partisans de la doctrine en question. Or, il nous reste à écouter maintenant celui des adversaires de cette doctrine.

Comme bien vous le pensez, les objections en l'espèce ne pouvaient faire défaut. Il s'en est produit, en effet, et beaucoup, et de divers genres.

On a dit, par exemple : « Mais cette paralysie générale que l'on prétend rattacher à la syphilis, elle ne saurait être syphilitique, car :

« D'abord, elle ne guérit pas par le traitement de la syphilis;

« De plus, elle n'offre pas l'ordre de lésions qui caractérisent usuellement la syphilis;

« D'autre part, elle se caractérise par tout un

ordre de symptômes différents de ceux qui traduisent usuellement la syphilis;

« Il se peut qu'elle coexiste avec la syphilis au seul titre de simple coïncidence;

« Elle ne se produit sur les sujets syphilitiques que sous l'influence conjointe d'autres facteurs étiologiques auxquels elle reste bien plus rationnellement imputable;

« La syphilis, enfin, ne constitue pas pour la paralysie générale une cause efficiente, mais une simple prédisposition de terrain; « elle ne joue pas vis-à-vis d'elle le rôle d'un germe, mais seulement celui d'un engrais ». — Etc., etc.

Que penser de tout cela?

Déjà nous savons à quoi nous en tenir relativement à quelques-unes de ces objections. Déjà, par exemple, nous savons que penser de celle qui se réfugie, pour expliquer la paralysie générale des syphilitiques, dans l'éternel argument des « coïncidences fortuites, des rencontres de hasard ». Est-ce que la simple coïncidence est admissible en présence de statistiques où l'on voit la syphilis figurer dans les antécédents des paralytiques généraux pour des moyennes de 60 à 80 pour 100? Passons donc sur cela, et allons droit à celles des objections précitées qui méritent plus d'attention.

I. — En voici une, tout d'abord, qui est dans toutes les bouches et qui même est si légitime, si naturelle, que chacun de vous, à coup sûr, l'a déjà

formulée dans son for intérieur. C'est que *la paralysie générale ne saurait être syphilitique, puisque, de l'aveu commun, le traitement antisyphilitique ne lui fait rien* ».

On a essayé de répondre à cet argument en plaidant ce que j'appellerai les circonstances atténuantes, c'est-à-dire par telle ou telle des raisons que voici :

« Mais le traitement antisyphilitique, bien que très habituellement inefficace et inerte, n'est pas cependant sans exercer quelque influence médicatrice sur la paralysie générale des syphilitiques. On a observé de son fait certains cas d'améliorations notables, certains cas de rémissions prolongées. On a même parlé de véritables guérisons qui lui seraient imputables. »

Ou bien encore :

« Sans doute le traitement antisyphilitique reste très habituellement sans action sur la paralysie générale de la syphilis, mais pourquoi? Parce que, presque toujours, il intervient *trop tard*, à une époque où les lésions sont déjà confirmées, tout au moins trop avancées dans leur évolution désorganisatrice pour être susceptibles de régression. Mais, s'il entrait en lice plus tôt, à savoir dans les périodes jeunes de l'affection, peut-être ferait-il mieux. Qui nous dit même s'il ne nous arrive pas quelquefois de guérir *sans le savoir* des paralysies générales que nous surprenons à l'état embryonnaire, alors qu'elles ne se caractérisent encore que

par une inappréciable ébauche de troubles cérébraux? »

Tout cela, d'après moi, ne constitue que d'insuffisantes, très insuffisantes raisons pour expliquer ce qui est véritablement indéniable, à savoir l'insuccès de la médication spécifique contre la paralysie générale des syphilitiques, insuccès tellement usuel dans toutes les formes, voire à tous les âges de la maladie, qu'on peut le considérer comme *la règle* en l'espèce.

Je crois donc qu'il faut prendre les choses de plus haut, procéder d'une façon plus catégorique, plus radicale, et dire : « Le traitement antisyphilitique peut bien ne pas guérir, ne pas influencer même la paralysie générale des syphilitiques, quoique syphilitique d'origine, parce qu'il n'a pas qualité pour guérir tout ce qui dérive de la syphilis. »

Notez bien, en effet, que prêter aux deux remèdes que nous honorons du gros titre de « spécifiques de la vérole » la faculté de guérir tout ce qui est de nature ou d'origine syphilitique n'est après tout qu'une pétition de principes, un *postulatum a priori*. Ce n'est là qu'une conception théorique qui, tout accréditée qu'elle puisse être, ne trouve pas sa confirmation dans l'expérience.

Ce prétendu axiome : « Tout ce qui est syphilitique guérit par les antisyphilitiques » pouvait bien être acceptable — et encore! — alors que le cadre nosologique de la syphilis ne renfermait qu'un certain nombre de manifestations dont le

propre, en effet, était de se laisser docilement influencer (sauf exceptions rares) par le mercure et l'iodure. Mais combien de démentis n'a pas reçus le dit axiome depuis que ce cadre a dû s'élargir, grâce aux progrès de la science, pour admettre nombre d'autres déterminations morbides autrefois réputées étrangères à la syphilis! Quelques exemples, simplement à titre de spécimens.

Que fait le traitement antisyphilitique, même à fortes doses, même à toutes doses, contre cette curieuse affection que nous avons étudiée dans ce qui précède sous le nom de syphilide pigmentaire? Rien du tout.

Que fait ce traitement contre certains accidents nerveux de la période secondaire, contre la neurasthénie, la céphalée neurasthénique, etc? Rien encore.

Que fait ce traitement contre certains accidents cutanés que nous commençons seulement à connaître sous le nom d'*érythèmes tertiaires* et dont j'ai eu l'occasion de vous entretenir récemment[1]? Rien, ou bien peu s'en faut; ce qui, soit dit incidemment, explique pourquoi ces accidents ont été méconnus jusqu'à nos jours en tant que dépendances de la syphilis et pourquoi on n'a commencé que ces derniers temps, vaincu par l'expérience, à les rattacher à leur véritable origine.

1. V. *Bulletin de la Soc. française de Dermat. et de Syph.*, 1888-93 — V. aussi : J. Brauman, *De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis*, Thèses de Paris, 1891.

Que fait de même ce traitement contre le tabes, dont les relations avec la syphilis ne sont plus contestables?

Et ainsi de suite. Sans parler même des cas d'un autre ordre où l'on voit ce traitement échouer contre les manifestations les plus syphilitiques du monde, contre des syphilides cutanées, par exemple, qu'il n'aboutit pas à modifier, à résoudre, contre des troubles progressifs de cachexie qu'il ne réussit pas à enrayer, etc., etc.

En sorte qu'aujourd'hui, au lieu de répéter imprudemment, selon le vieux cliché d'autrefois, que « tout ce qui est syphilitique guérit par le traitement antisyphilitique », nous avons l'obligation d'être bien autrement réservés et de nous borner à dire ceci : « Il est, dans la syphilis, des manifestations que guérit le traitement antisyphilitique (et, par bonheur, c'est de beaucoup le plus grand nombre); mais il en est d'autres aussi sur lesquelles ce traitement n'exerce qu'une influence ou restreinte ou minime ou même nulle ».

Conséquence, en ce qui concerne la discussion pendante : De ce que le traitement spécifique n'exerce sur la paralysie générale qu'une influence ou très minime ou même absolument nulle, il ne résulte en rien de là que cette paralysie générale ne puisse être une manifestation relevant de la syphilis. Car, incurabilité par le traitement spécifique n'est en rien l'équivalent de non-spécificité syphilitique.

Et d'ailleurs, remarquez-le bien, notre prétention n'est pas de faire de la paralysie générale une affection de nature syphilitique; nous la croyons seulement, nous la disons seulement *d'origine* syphilitique, et nous ne réclamons pour elle une place que parmi ees curieuses déterminations de la diathèse que, faute d'une appellation meilleure, nous avons qualifiées du terme de *parasyphilitiques*.

XXVII

II. — Seconde objeetion, non moins favorite, non moins usuelle que la précédente : « Les lésions de la paralysie générale *ne sont pas des lésions d'ordre syphilitique* ».

Eh bien, à ce propos, je répéterai ce que je disais tout à l'heure. Ici encore on a commis une véritable pétition de principes, en alléguant comme argument ce qui fait l'objet même de la question. Ou, si vous le préférez, on a commis une généralisation illégitime, prématurée.

Envisageant un eertain nombre de lésions justement réputées syphilitiques, on a prétendu en déduire un type anatomique, et l'on a dit : « Voilà ce que fait la syphilis comme lésions, voilà son type. Tout ce qui répondra à ee type, nous l'aecepterons comme dérivant de la syphilis, et tout ce qui s'en écartera, nous l'exclurons en tant que manifestation spécifique ».

Et alors, comme application, ne trouvant pas dans la paralysie générale des sujets syphilitiques les lésions du type conventionnel en question, on a conclu de là que cette paralysie générale ne pouvait être d'ordre syphilitique.

D'autre part, visant un prétendu élément de différenciation, on a ajouté : « Le propre de la syphilis est de produire des lésions diffuses, irrégulières de distribution, disséminées ; le propre de la paralysie générale, au contraire, est de constituer des lésions *systématisées*. Donc, il ne saurait exister aucun lien entre des processus si dissemblables ».

A tout cela voici notre réponse.

D'abord, pour reprendre un mot que j'employais tout à l'heure et qui me semble encore à sa place, on pourrait ici plaider les circonstances atténuantes plutôt que le fond même du procès, et alléguer ceci :

1° Que le processus anatomo-pathologique de la paralysie générale n'est pas déjà si éloigné, si différent de celui des lésions spécifiques, puisqu'il consiste — au moins pour certains auteurs des plus autorisés — en des altérations vasculaires suivies d'une prolifération conjonctive interstitielle, laquelle aboutit en définitive à une variété de *sclérose névroglique corticale*. Car, chacun le sait, les altérations vasculaires et les scléroses sont des processus essentiellement familiers à la syphilis et

constituent même pour elle un mode anatomique des plus communs.

2° Que le processus dit systématique de la paralysie générale n'est souvent rien autre, en réalité, qu'un processus quasi généralisé, puisque, concurremment avec les plaques de sclérose corticale, il comporte usuellement des lésions centrales, des lésions ventriculaires, des lésions de l'épendyme, des lésions de la moelle, etc., etc. ;

3° Que ce même processus, en tout cas, est bien loin d'appartenir en propre à la paralysie générale, puisqu'on l'observe soit au même siège dans l'intoxication ergotique, soit sur des sièges différents dans le tabes, affection dont la connexion d'origine avec la syphilis n'est plus récusable. — Etc.

On pourrait, je le répète, alléguer tout cela, discuter sur tout cela. Mais je négligerai (non que je les dédaigne) tous ces demi-arguments, toutes ces demi-raisons, pour invoquer une considération d'ordre plus général, plus tranchée, plus radicale (passez-moi le mot), et, à mon sens, bien autrement décisive, que voici :

C'est qu'on a eu le tort, le grand tort, de vouloir renfermer toute l'anatomie pathologique de la syphilis dans un certain cadre, de l'assujettir tout entière à un certain type de lésions. Qu'est-il arrivé? C'est que ce cadre a bien pu, à un moment donné, contenir tout l'acquis scientifique d'une époque, mais que, plus tard, de par les progrès de la science, il a été débordé. Et nous en sommes

là précisément. En sorte qu'aujourd'hui un dilemme s'impose : il faut ou bien, de parti pris, se refuser à admettre dans le domaine de la syphilis toute lésion ne répondant pas au type convenu d'autrefois; — ou bien y donner accès à des lésions nouvelles, servant d'origine à des manifestations morbides dont l'affiliation à la syphilis ressort en toute évidence et de l'étiologie et de la clinique.

En autres termes et pour préciser : les lésions de la paralysie générale n'avaient pas paru jusqu'à ce jour devoir être considérées comme pouvant dériver de la syphilis; eh bien, il faut admettre qu'elles peuvent dériver de la syphilis, puisque l'étiologie et la clinique nous apprennent que très fréquemment la paralysie générale est de provenance, d'origine syphilitique.

Ainsi que l'a fort bien dit Strümpell, qu'importe que les lésions de l'aliénation paralytique ne soient pas celles que détermine la syphilis en général? Rien ne prouve que ce ne puisse être là un processus d'ordre syphilitique, un processus que jusqu'alors on n'avait pas eu l'idée de rapporter à la syphilis.

Donc, logiquement et par-dessus toutes les récriminations *a priori* qu'on pourrait adresser à cette manière de voir, alors même que le processus anatomique de la paralysie générale serait (ce qu'il n'est pas) très différent, aussi différent que possible de celui qu'affecte usuellement la syphilis dans ses autres manifestations, cela ne prouverait rien,

absolument rien, contre la possibilité d'une connexion pathogénique entre la syphilis et la paralysie générale. Cela prouverait simplement que la syphilis, lorsqu'elle fait de la paralysie générale, fait autre chose que ce qui lui est habituel en autre occurrence; cela ne prouverait pas qu'elle ne puisse faire de la paralysie générale.

XXVIII

III. — Après l'anatomie pathologique on invoque *la clinique* sous forme de l'argument que voici :

« Les symptômes de la paralysie générale ne sont pas de l'ordre de ceux que la syphilis a l'habitude de produire; ils ne sont pas de l'ordre de ceux qui lui servent d'expressions usuelles; ils n'ont pas l'allure, la note, la physionomie syphilitique, etc. ».

Mais d'abord, répondrai-je, est-il donc légiféré par décret supérieur que la syphilis n'est pas susceptible de se traduire par les symptômes de la paralysie générale? « On n'est pas habitué, nous dit-on, à la rencontrer sous cette forme ». Cela est vrai, mais pourquoi? Pour la bonne raison que jusqu'à ce jour on a vécu dans cette croyance que tout ce qui est paralysie générale est *ipso facto* étranger à la syphilis. Mais, que l'opinion contraire vienne à s'accréditer, que de parti pris on ne rejette plus hors de la syphilis ce qui relève de la paralysie générale, et bientôt les symptômes de la paralysie

générale seront devenus pour tout le monde ce qu'ils sont en réalité, à savoir une des expressions possibles, voire fréquentes, voire usuelles, de la syphilis.

Au surplus, l'objection tombe en l'espèce aussi mal que possible. Car, à côté et indépendamment de la paralysie générale, la syphilis réalise assez souvent un ensemble cérébral tellement voisin de celui qui constitue cette dernière maladie, voire tellement analogue, que j'ai cru pouvoir le qualifier du nom de *pseudo-paralysie générale*[1]. Et il y a

1. Bien que la pseudo-paralysie générale syphilitique ne soit en cause ici que d'une façon indirecte, un mot d'explication est nécessaire à son sujet.

Ou j'ai été mal compris ou plutôt sans doute je me suis mal fait comprendre; toujours est-il qu'en créant cette dénomination de pseudo-paralysie générale syphilitique, je n'ai jamais eu l'idée de constituer une entité morbide *à part*, différente à la fois et de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale vraie.

Pour moi, cette pseudo-paralysie générale syphilitique n'a jamais été rien autre qu'une modalité, une forme de la syphilis cérébrale. Jamais je n'ai eu l'idée d'en faire une forme de la paralysie générale vraie, modifiée par la syphilis.

Reprenons les choses à leur point de départ, puisqu'il le faut.

Il est des cas où la syphilis cérébrale se traduit par un ensemble de symptômes qui rappelle plus ou moins complètement, quelquefois assez complètement pour qu'on puisse s'y méprendre, la scène clinique de la paralysie générale. (Ce point de départ est incontestable et, vraiment, je ne puis m'expliquer qu'il ait pu donner lieu à controverses.)

Or, les cas de cet ordre, on les qualifiait, il y a 15 à 20 ans, du nom de « paralysie générale syphilitique ».

C'est alors que je suis intervenu pour dire : « Non, ce n'est pas là de la paralysie générale syphilitique ; c'est là de la syphilis cérébrale prenant le masque, l'allure, la physionomie de la paralysie générale. Donc, pour qualifier cette forme particulière de syphilis cérébrale, qui mérite bien à coup sûr une dénomination à

plus : c'est que certains de mes collègues ont même prétendu que cette pseudo-paralysie générale n'était pas différenciable de la paralysie générale vraie, que les signes proposés par moi pour l'en distinguer étaient insuffisants, voire « ne valaient rien », et qu'il n'était pas possible cliniquement d'établir de l'une à l'autre un diagnostic positif[1]. Jugez par cela même si la syphilis « n'est pas apte à prendre l'allure et la physionomie de la paralysie générale ».

XXIX

IV. — Quatrième objection : « Les facteurs étiologiques que l'on rencontre dans les antécédents des paralytiques généraux sont très habituellement

elle, baptisons-la du nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique.* » Cette dénomination, ajoutais-je, pourra réunir, me semble-t-il, le double avantage et de respecter l'individualité propre de la véritable paralysie générale, et d'affirmer pour la syphilis la possibilité de constituer un ensemble morbide plus ou moins analogue à celui de cette dernière maladie (*La syphilis du cerveau*, p. 261).

On voit que, pour moi, cette pseudo-paralysie générale syphilitique ne constitue en rien ni une entité morbide propre, ni une paralysie générale modifiée, ni une paralysie générale syphilitique. C'est purement et simplement, je le répète une dernière fois, *une forme de syphilis cérébrale*, se rapprochant comme ensemble clinique, comme physionomie clinique, de la paralysie générale, mais c'est toujours de la syphilis cérébrale, et rien autre.

1. V. A. Foville, *Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale ; difficultés de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau*, Annales médico-psychol., mai 1879.

multiples, variés, complexes. Or, alors qu'on y rencontre la syphilis, de quel droit attribuer à la syphilis un rôle exclusif ou prépondérant, au détriment des autres éléments étiologiques qui peuvent lui être associés, tels que alcoolisme, surmenage, hérédité nerveuse, etc.? »

« D'autant — a-t-on encore ajouté, et j'ai besoin de prévenir qu'ici je vais citer textuellement, car vous pourriez me suspecter d'exagération, — d'autant qu'à la syphilis s'ajoutent fréquemment, usuellement, tels ou tels autres facteurs étiologiques, comme les excès de tout ordre, l'alcoolisme, les irrégularités de la vie, etc. Les syphilitiques ne sont-ils pas fréquemment des alcooliques, des déséquilibrés, des gens livrés à tous les excès? *Le syphilitique n'est-il pas, par ses mœurs, un candidat à la paralysie générale?* »

Je répondrai :

I. — D'abord, les partisans de la doctrine que je soutiens n'ont jamais présenté la syphilis comme constituant la cause unique, exclusive, de la paralysie générale. Ils laissent à qui de droit le soin de défendre cette dernière opinion, si tant est qu'elle ait encore des défenseurs.

De plus, il n'ont jamais prétendu que la syphilis ne puisse trouver assistance, pour déterminer la paralysie générale, dans l'action propre de tel ou tel facteur auquel elle se trouve adjointe sur un sujet donné. Bien loin de là! Nous croyons tous — est-il vraiment besoin de le dire? — que la syphi-

lis, alors qu'elle aboutit à la paralysie générale, peut y être aidée, puissamment aidée par d'autres éléments étiologiques, notamment par les prédispositions natives, par les surmenages de tout ordre, par les excès vénériens et autres, plus spécialement encore par les agitations, les turbulences de la vie mondaine, de la vie « à grandes guides », par les dissipations de tout genre, par les chagrins, par les émotions, par l'alcoolisme, voire par les traumatismes, etc., etc. Tous les syphilitiques, à coup sûr, ne sont pas également menacés par la paralysie générale. Sinon, il y en aurait beaucoup plus qu'il n'y en a pour verser dans cette lamentable terminaison. Sans doute, ceux-là seulement ou surtout y aboutissent qui y sont préparés par prédispositions héréditaires ou acquises. De cela témoigneraient au besoin, par analyse des antécédents, quantité d'observations dont je dispose[1].

II. — En second lieu, quant à considérer la

1. A preuve, comme exemples, les trois derniers malades affectés de paralysie générale pour lesquels j'ai été consulté en ville ces temps derniers. Tous trois sont, de la façon la plus avérée, d'anciens syphilitiques; mais, en outre, j'ai pu relever sur eux des prédispositions névropathiques des plus formelles, soit héréditaires, soit acquises. Le premier est un de ces grands viveurs parisiens surmenés par la vie mondaine, les excès de femmes, le jeu, etc. ; et, de plus, l'un de ses frères s'est suicidé « sans le moindre motif », assure-t-on. — Le second est également un surmené du plaisir et du travail, et l'une de ses sœurs est actuellement aliénée. — Le troisième, à la vérité, est indemne d'hérédité suspecte ; mais il a toujours été, au dire de son entourage, « un écervelé, un bizarre, un fantasque, un braque ». Fortement névropathe, il est tombé, suivant le dicton usuel, du côté où il avait toujours penché.

syphilis comme une des causes les plus actives, les plus efficaces (passez-moi le mot), de paralysie générale, quant à lui attribuer, par rapport à d'autres facteurs étiologiques coïncidents, un rôle ou principal ou tout à fait prépondérant, nous y sommes bien encore autorisés, me semble-t-il, au moins pour certains cas, et cela pour deux raisons :

1° De par diverses statistiques précitées (celles d'Obersteiner, d'Œbeke, de Spillmann et Dengler, par exemple) où nous avons vu une analyse comparative des facteurs étiologiques placer la syphilis *au premier rang* par ordre de fréquence, avant et bien avant les prédispositions héréditaires, les causes psychiques, l'alcoolisme, le surmenage, les excès sexuels, les traumatismes, etc.;

2° De par ces faits si curieux, si instructifs, de paralysies générales *juvéniles*, survenues chez des sujets hérédo-syphilitiques en l'absence des causes qui passent légitimement chez l'adulte pour y prédisposer d'une façon toute spéciale.

III. — Enfin, que penser de cet autre argument d'après lequel la paralysie générale de nos malades serait le résultat moins de la syphilis que d'un ensemble étiologique propre aux syphilitiques, « gens déséquilibrés, adonnés à tous les excès, alcooliques, candidats à la paralysie générale de par la dissolution de leurs mœurs, etc. ? »

Un pareil argument n'est-il pas digne de ces temps fameux où les syphilitiques étaient considérés comme des coupables et, à ce titre, fouettés

avant et après le traitement qu'ils venaient implorer dans les tristes et inhospitaliers refuges où l'on daignait les incarcérer?

Que, parmi nos malades d'hôpital ou même de ville, il y en ait quelques-uns qui répondent au portrait moral sus-énoncé, je ne saurais, malheureusement, en disconvenir. Mais est-ce que cela est applicable au plus grand nombre, à l'énorme majorité?

Pour l'énorme majorité, le niveau psychique et moral des sujets affectés de syphilis est ce qu'il est chez tous les autres malades de n'importe quelle catégorie, ce qu'il est chez tout le monde. Pour l'énorme majorité — j'ai presque honte à dire de telles banalités — la syphilis n'est qu'un *malheur*, une malchance, qui n'implique ni alcoolisme, ni excès, ni débauche habituelle, ni perversion, ni « déséquilibre moral ou psychique », etc. Je vais même parler crûment, puisqu'on m'y force, et je dirai : La syphilis n'est qu'un mauvais lot tiré à une loterie où tout le monde (à cela près de quelques exceptions bien rares) prend un certain nombre de billets. Et je serais tenté vraiment de parodier ici un mot charitable des Livres saints pour ajouter : Que ceux-là qui n'ont pas mérité la syphilis — ne serait-ce qu'une fois dans leur vie — jettent donc la première pierre à ceux qui en sont affligés! Eh bien, à l'avance, je me porte garant du résultat de l'expérience, qui ne menacerait pas nos malades, je vous l'affirme, d'une lapidation bien confluente.

Donc, laissons cela, et venons à des arguments plus sérieux.

IV. — On ajoute enfin : « Oui, cela est vrai, indéniable, la syphilis figure d'une façon fréquente, tout à fait fréquente, dans les antécédents de la paralysie générale. Et, néanmoins, elle ne constitue pas pour elle une cause efficiente, déterminante, ce qu'on peut appeler une cause vraie; elle se borne à lui préparer un *terrain favorable*, et voilà tout. En d'autres termes, elle ne joue pas vis-à-vis d'elle le rôle d'un *germe*, mais seulement celui d'un fumier, d'un *engrais*. »

Vous conviendrez, messieurs, qu'ainsi reconnues en principe, les relations de la syphilis et de la paralysie générale n'offrent plus qu'un intérêt de second ordre quant au mode pathogénique qui leur est propre. Le *comment* du fait cède le pas au fait lui-même, cela va de soi. Que la syphilis aboutisse à la paralysie générale par telle voie et non par telle autre, c'est là, à coup sûr, un point scientifique qui peut être curieux et intéressant à débattre; mais bien autrement importante est la notion même d'une connexion de cause à effet entre les deux maladies. Cette connexion, on la reconnaît; nous ne demandons pas davantage pour la thèse que nous soutenons, nous ne réclamons rien de plus.

Et en effet — vous me pardonnerez cette digression — quel est donc l'intérêt majeur, l'intérêt *pratique* (à ne parler que de celui-là) qui se rattache

aux grandes annexions qu'a faites ou est en train de faire la syphilis depuis une quinzaine d'années, telles, par exemple, que le tabes et la paralysie générale? A mon sens, cet intérêt est de nous montrer la syphilis *pour ce qu'elle est véritablement*, c'est-à-dire de nous la montrer plus chargée d'accidents et d'accidents graves, plus redoutable, plus menaçante, plus dangereuse, plus nocive qu'on ne la supposait telle jusqu'à ce jour, et, comme corollaire pratique, de nous inviter, de nous contraindre à *mieux nous en protéger* que nous ne l'avons fait jusqu'ici. En toute logique on mesure à la gravité d'un péril l'intérêt qu'on peut avoir à s'en défendre. La syphilis étant reconnue plus grave qu'on ne se l'était encore représentée, peut-être bien cela aura-t-il pour conséquence que médecins et malades en prennent plus souci et consentent à mieux la traiter, c'est-à-dire à la traiter plus sévèrement et plus longuement que ce n'est l'usage; peut-être même (mais quelle espérance ambitieuse!) cela pourrait-il avoir pour conséquence de provoquer enfin quelques mesures de prophylaxie publique, tout au moins de secouer le sommeil de l'Administration préfectorale, qui ne se préoccupe guère de la syphilis, et de nos Conseils d'hygiène, qui ne s'en préoccupent jamais.

Mais je me hâte de fermer cette parenthèse pour revenir à mon sujet.

On prétend que la syphilis ne produit la para-

lysie générale qu'à la façon d'un « engrais », d'un fumier fertilisant, par une sorte de chaulage du cerveau, bref par un processus ayant pour résultat de rendre cet organe plus apte aux déviations psychiques. Soit! Rationnellement, *a priori*, cette vue n'aurait rien d'inadmissible, et il y a longtemps d'ailleurs que, sous une autre forme, on a dit : « La syphilis est un branle-bas dans le système nerveux, branle-bas susceptible d'éveiller toute espèce de réactions nerveuses ». Donc, dans cette façon d'interpréter les faits, la paralysie générale issue de la syphilis ne serait qu'un mode de ces réactions.

Mais à cette doctrine il est bien permis d'opposer une considération qui ne lui est guère favorable et que voici :

Que si, en l'espèce, le rôle de la syphilis se bornait simplement à modifier, à « fumer » le terrain cérébral de façon à le rendre plus particulièrement apte à la genèse des psychoses, ce rôle devrait avoir pour effet de favoriser d'une façon à peu près égale la production des diverses variétés de psychoses chez les syphilitiques. Or, est-ce là ce qui a lieu? Pas le moins du monde. Tout au contraire (et cela de l'aveu unanime) nous voyons la syphilis rester peu active, voire presque indifférente, sur la production de toutes les psychoses à l'exception d'une seule, à savoir la paralysie générale. Nous la voyons figurer pour un quotient minime dans l'étiologie des folies de tout ordre, et pour un quotient considérable dans celle de

la paralysie générale[1]. Donc, il faut bien, s'il en est ainsi, que la démence paralytique soit reliée à la syphilis par une relation moins générale, plus particulière que celle d'une « modification du terrain cérébral rendu plus apte de par l'infection syphilitique à toutes les réactions nerveuses, à toutes les déviations psychiques ». Il faut bien que la syphilis, par un processus qui nous échappe (inutile de le dire), puisse faire vis-à-vis de la paralysie générale quelque chose qu'elle ne fait pas vis-à-vis des autres modes d'aliénation. Et c'est là ce dont la théorie dite « de l'engrais » — qui, après tout, je n'ai pas besoin de vous le faire remarquer, n'est qu'une pure conception de l'esprit — ne saurait rendre un compte suffisant.

XXX

Nous en avons fini, Messieurs, avec la revue des objections opposées à la doctrine de la paralysie générale d'origine syphilitique, et je pourrais me borner là pour poser les conclusions que vous attendez de moi[2]. Cependant, puisque la discussion

1. V. page 176.

2. D'autres objections cependant ont encore été opposées à cette doctrine. Si je les ai passées sous silence dans le débat qui précède, c'est que vraiment elles ne comportent pas grand intérêt. On en jugera. Ainsi :

I. — On a dit : « La paralysie générale n'est pas de provenance syphilitique ; car, en dehors du cerveau, les autopsies ne signalent pas de lésions imputables à la syphilis ». — D'abord, le fait est

qui précède nous a amenés sur le terrain de la pathogénie, permettez-moi, pour compléter ce sujet, d'ajouter encore quelques mots relativement aux

erroné. Quelquefois (10 fois sur 100, d'après Mendel), on rencontre ailleurs que dans le cerveau diverses lésions pouvant et devant même être rapportées à la syphilis. Puis, cette coïncidence serait elle-même plus rare qu'elle ne l'est, elle n'aurait pas encore la signification qu'on prétend lui donner. Est-ce que la syphilis est tenue de faire des lésions *multiples*? Très souvent elle se concentre sur un seul organe. On aurait à citer quantité de cas où des gommes, de véritables gommes méningées ou cérébrales ont constitué les seules lésions constatées à l'autopsie.

II. — On a dit encore, à un autre point de vue : « Oui, sans doute, la syphilis figure pour un très grand nombre de cas dans les antécédents des paralytiques généraux; mais reste à savoir comment elle agit pour déterminer la paralysie générale. Est-ce par elle-même, en tant que syphilis? Ou bien, plutôt, n'est-ce pas par son influence *morale*, par le chagrin, le désespoir, les terreurs qu'elle inflige à ses victimes? »

Réponse : Que cette influence morale dépressive puisse, pour certains cas tout particuliers, prendre une part, jouer un rôle dans la pathogénie morbide, personne ne songe à en disconvenir. Mais qu'elle soit capable d'expliquer la paralysie générale pour tous les cas, c'est là une prétention tout à fait en désaccord avec les faits d'observation clinique. Les malades qui aboutissent à la paralysie générale sont bien loin d'être toujours des sujets que la syphilis ait maltraités plus que d'autres, qu'elle ait spécialement affectés au point de vue moral, qu'elle ait inquiétés, affligés, désespérés plus que d'autres. Pour la grande majorité, tout au contraire, ce sont (au moins d'après ce que j'ai vu en pratique) des sujets qui ont eu une syphilis légère, qui ne s'en sont guère préoccupés, qui même l'ont traitée plus que négligemment, à la façon de gens qui n'en prenaient guère souci. On ne voit presque jamais, dans les observations publiées jusqu'à ce jour sur la paralysie générale d'origine syphilitique, qu'il y ait un rapport à établir entre la paralysie générale et l'influence *morale* que la syphilis a exercée sur les malades, voilà le fait.

Et d'ailleurs cette influence morale est-elle possible à invoquer pour les cas de syphilis héréditaire ou infantile aboutissant dans le jeune âge à la paralysie générale?

III. — Autre objection : « La paralysie générale est rare chez

autres doctrines qui se sont produites sur la question.

Pour quelques auteurs, la paralysie générale des syphilitiques serait une sorte de *reliquat*, de dégé-

les Arabes, qui cependant sont si fréquemment affectés de syphilis, et n'existe même chez eux que depuis qu'ils vivent de la vie européenne ».

Réponse : A Paris, à Paris même, la « ville-lumière », nous en sommes encore à ignorer la fréquence réelle de la syphilis, voire de la paralysie générale, chez nos concitoyens. Et l'on prétend établir un rapport entre ces deux affections chez les Arabes, peuplades non dénombrées, mobiles, nomades, n'ayant ni état civil, ni (moins encore) statistiques médicales, ni médecins, etc. ! — Pure illusion.

IV. — « Le fait d'une encéphalopathie spécifique fatalement incurable ne s'accorde guère avec la curabilité habituelle des accidents syphilitiques en général et la curabilité relativement fréquente de la syphilis cérébrale en particulier. »

M. Régis s'est efforcé de répondre à cette objection de la façon suivante : « J'ai remarqué, dit-il, que les paralytiques généraux syphilitiques étaient en même temps, pour la plupart, des *cérébraux*, surtout des *cérébraux d'origine*, ce qui m'a naturellement amené à conclure que la paralysie générale est chez eux le concours de deux éléments : 1° un élément prédisposant, l'hérédité cérébrale; 2° un élément occasionnel, la syphilis. Le premier de ces deux facteurs déterminerait, en le préparant à l'avance, le lieu d'élection du second. Ainsi se trouverait expliqué pourquoi certains syphilitiques deviennent paralytiques généraux à l'exclusion de tant d'autres, et pourquoi aussi, dans les familles de cérébraux, quelques-uns seulement des individus deviennent paralytiques. La *prédisposition* et l'*occasion*, isolées l'une et l'autre, seraient insuffisantes à produire la maladie, qui serait le résultat de leur combinaison et de leur action commune. »

L'explication est ingénieuse, et je ne la récuserai pas. Mais une réponse plus catégorique peut, me semble-t-il, être faite à l'objection précitée. C'est que la syphilis produit le tabes ; comme incurabilité, c'est tout dire.

V. — On a dit encore (objection singulière, mais n'importe) : « Si la syphilis était la cause réelle de la paralysie générale, elle devrait figurer dans les statistiques non pas pour des proportions

nérescence cérébrale consécutive à des symptômes ou à des lésions ayant intéressé le système nerveux au cours de la syphilis. Ils invoquent à l'appui de cette opinion la préexistence plusieurs fois observée de diverses manifestations nerveuses ayant préludé et « servi d'appel » en quelque sorte à la paralysie générale, telles que céphalée, troubles nerveux, paralysies oculaires, paralysies diverses, tabes, lésions gommeuses guéries et disparues, etc. De telles manifestations, disent-ils, sont bien de nature à « vicier l'intégrité du cerveau et à y provoquer un état de dégénérescence obscure, lente, qui finalement pourrait aboutir à la paralysie générale. »

Pour d'autres, la paralysie générale procéderait directement de la syphilis et serait le résultat d'une

de 25, 50, 75, 80 pour 100, mais pour la proportion de *cent pour cent*. Or, jamais les statistiques n'ont abouti à ce dernier chiffre. Donc, etc. »

Réponse : I. — D'abord, la syphilis n'est pas pour nous la cause exclusive de la paralysie générale ; c'en est seulement *une* des causes, la principale, il est vrai, comme importance, mais non la cause unique. — II. En second lieu, la variabilité des résultats statistiques n'a pas de signification en l'espèce. Elle est tout naturellement explicable par des causes multiples, à savoir, par exemple, la différence des milieux d'observation (ce que nous avons établi précédemment), et la perspicacité ou, disons mieux, l'expérience *spéciale* de l'observateur. Dépister la syphilis dans les antécédents morbides est un métier comme un autre, où l'on ne devient expert que par un dressage approprié. *Fit fabricando faber*. Tel excelle à dépister un imperceptible souffle cardiaque qui laissera échapper une syphilis que découvrira un syphiliographe, et inversement. Affaire de spécialisation professionnelle. — En tout cas, l'argument en question ne démontre rien contre les relations possibles de la paralysie générale avec la syphilis.

sorte de « *cachexie infectieuse* », laquelle réagirait sur l'encéphale soit « par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs familiers à la syphilis », soit « par affaiblissement, épuisement, déchéance fonctionnelle du cerveau, devenu moins capable de résister aux influences morbifiques ».

Vient encore la théorie déjà fameuse des *toxines* syphilitiques, développée surtout par Strümpell. Dans cette théorie, la paralysie générale, comme le tabes et comme d'autres manifestations du même ordre, serait le résultat d'une infection septique, issue elle-même du microbe de la syphilis. Ce qui se produirait, en deux mots, serait ceci : Le microbe spécifique commencerait par développer dans l'économie un certain nombre de phénomènes morbides résultant de son action propre, directe, et constituant les manifestations syphilitiques proprement dites, à savoir la syphilis usuelle, la syphilis courante (passez-moi le mot), la syphilis justiciable du mercure ou de l'iodure. Puis, plus tard, ce même microbe élaborerait une substance toxique particulière, une toxine, qui, infectant l'organisme à son tour, déterminerait un autre ordre d'accidents, accidents très différents des premiers à divers égards (notamment par leur résistance aux remèdes spécifiques), accidents dont les prototypes par excellence seraient le tabes et la paralysie générale.

N'est-ce pas ainsi, dit-on en raisonnant par analogie, que procède le bacille de Klebs et Löffler

dans la diphthérie? Ce bacille, comme l'ont établi les expériences de Roux et Yersin, commence par déterminer de son fait un certain nombre de lésions spéciales, à savoir les lésions pseudo-membraneuses, les fausses membranes de l'angine et du croup diphthéritique. Puis, au delà, sécrétant une oxine spéciale, il infecte l'organisme; et cette toxine alors devient l'origine d'accidents généraux et de complications diverses, dont le principal spécimen nous est offert par les paralysies diphthéritiques.

De même, ajoute-t-on encore, des scléroses viscérales peuvent résulter, d'après Charrin, de l'infection pyocyanique, alors qu'il ne reste plus trace du microbe pyocyanique dans l'économie[1].

Instituer une discussion en règle de ces diverses doctrines et d'autres encore serait, je crois, un labeur superflu. Ce ne sont là, en effet, que des vues de l'esprit, des conceptions de cabinet. A ne parler que de la dernière, par exemple, n'est-il pas absolument prématuré de faire intervenir dans une doctrine de pathogénie la toxine d'un microbe *qu'on n'a jamais vu*, d'un microbe dont on ne saurait encore, si vraisemblable soit-elle, affirmer l'existence? N'est-ce pas là, comme on dit vulgaire-

1. On consultera avec profit, sur cette question des rapports réciproques de la paralysie générale et du tabes, une très intéressante étude, due à M. le Dr Courtois-Suffit (*Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1893.).

ment, tabler sur la peau de l'ours avant que l'animal ne soit à terre?

Donc, ne nous arrêtons pas davantage sur ces interprétations pathogéniques. Restons sur un terrain plus sûr, celui de l'observation clinique, et, résumant ce qui ressort de l'exposé qui précède, bornons-nous à dire ceci :

1° Que des raisons multiples, valables, probantes, autorisent à admettre, pour un très grand nombre de cas, une relation de cause à effet, une véritable connexion pathogénique entre la syphilis et la paralysie générale;

2° Que, de toutes les diverses objections qui ont été opposées à cette doctrine, aucune n'est de nature à l'invalider;

3° Conséquemment, que la paralysie générale peut être un aboutissant, une terminaison de la syphilis; — et que même la syphilis lui sert pour un grand nombre de cas, dont l'évaluation précise reste à fixer, de facteur déterminant;

4° Qu'enfin la paralysie générale d'origine syphilitique, d'une part identique aux paralysies générales d'autre origine, et, d'autre part, rebelle au traitement spécifique alors même qu'elle dérive d'une cause spécifique, rentre à ces deux titres dans la catégorie des curieux états morbides dont l'étude nous occupe actuellement; — bref, qu'elle peut être dite en définitive une affection *parasyphilitique*.

XXXI

QUESTION ANNEXE : *Le tabes et la paralysie générale ne seraient-ils pas des expressions diverses d'une seule et même entité morbide ?*

Je viens de vous présenter le tabes et la paralysie générale comme constituant deux affections parasyphilitiques.

Or, actuellement, une question annexe — dont vous comprendrez dans un instant la relation avec notre sujet actuel — s'impose à notre examen.

Cette question se formule ainsi : *Est-on autorisé à confondre, à fusionner en une seule entité morbide la paralysie générale et le tabes*?

Bien entendu, il ne s'agit en rien, dans l'esprit des médecins qui ont émis et défendu cette *doctrine d'unification*, de dire ce que déjà, par dérision, on leur a fait dire, à savoir : « La paralysie générale, c'est le tabes ; et le tabes, c'est la paralysie générale ». Cette idée saugrenue, ridicule, n'est venue à l'esprit de personne. La question, la seule question qui se puisse poser, c'est de savoir si la paralysie générale et le tabes ne seraient pas deux expressions topographiques d'une seule et même maladie plus compréhensive, plus générale, laquelle, affectant le cerveau, produirait la paralysie générale, et, affectant la moelle, constituerait le tabes.

Cela seulement peut être en cause, et c'est là ce que nous allons examiner.

Ainsi que l'a dit le Dr Nageotte, auteur d'un remarquable travail sur la question[1], les rapports symptomatologiques du tabes et de la paralysie générale n'avaient pas manqué d'attirer l'attention de vieille date, « avant même que ces deux maladies ne fussent sorties des ténèbres ». Plus tard, quand elles furent constituées, quand elles formèrent décidément des entités propres, leurs rapports communs ne manquèrent pas d'être signalés par de nombreux médecins. L'accord même devint bientôt unanime sur ce point, et on le vit se produire par des propos non équivoques. « Ce sont là, dit un observateur, deux maladies reliées entre elles par des rapports nombreux. » — « Ce sont là, dit un second, deux maladies *voisines* et de même famille ». — « Ce sont deux *cousines germaines* », pour un troisième. — « Ce sont deux maladies *sœurs* », renchérit un quatrième. — Eh bien aujourd'hui, il s'agit de savoir si l'on doit faire un pas de plus dans cette progression ascendante de parenté morbide et déclarer que les deux maladies en question *n'en font plus qu'une seule*.

Cette dernière opinion est dans l'air, peut-on

1. *Tabes et paralysie générale*, Thèses de Paris, 1893. — V. aussi Stojanovitch, *Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1893. — On trouvera dans ces deux monographies un historique très complet de la question, historique que je suis forcé de sacrifier ici.

dire. Elle a déjà été émise — sans parler de moi — par plusieurs de nos collègues, notamment ces derniers temps, à la Société des hôpitaux, par deux médecins éminents, MM. Raymond[1] et Rendu[2]. La thèse toute récente de M. Nageotte est un excellent plaidoyer en sa faveur.

Voyons donc quelle est cette doctrine.

Les arguments qu'elle invoque et qui lui servent de base sont nombreux et d'ordres divers. Je vous les énumérerai rapidement.

I. — En premier lieu, *multiplicité vraiment étonnante de symptômes communs aux deux maladies*. Et, en effet, que de phénomènes identiques de part et d'autre ! Jugez-en :

1° D'abord, *troubles moteurs de même ordre*. N'est-ce pas l'incoordination (et non la paralysie) qui préside, chez le paralytique général, aux troubles de la marche et à l'inhabileté de la main? Sans doute le paralytique général ne présente pas dans ses fonctions motrices des troubles comparables, équivalents à ceux de l'ataxique confirmé; mais, à un degré inférieur, sous une forme mitigée, fruste, c'est le même ordre, la même modalité de désordres musculaires qu'on observe sur lui. Chez lui, comme chez l'ataxique, c'est l'incoordination motrice qui

1. Raymond : *Sur les rapports du tabes dorsalis avec la paralysie générale*, Soc. méd. des hôpitaux, avril et mai 1892 ; — *Observation pour servir à l'étude des rapports de la paralysie générale et du tabes*, ibid., déc. 1892.

2. Rendu : *Tabes et paralysie générale*, Soc. méd. des hôpitaux, décembre 1892.

constitue la note morbide, la note dominante, caractéristique.

2° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, fréquence de ces curieuses *paralysies oculaires* dont la connexion avec la syphilis a été remarquée de vieille date. A savoir : paralysies totales ou, plus souvent, dissociées, partielles, parcellaires, du moteur oculaire commun ; — paralysies de la 6e paire, etc.

3° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, fréquence considérable des *troubles pupillaires* (Inégalité des pupilles; signe d'Argyll Robertson, complet ou incomplet[1], myosis, mydriase).

1. Voici, sur ce point, les conclusions d'une monographie des plus intéressantes et des plus utiles à consulter, due à M. le Dr Gustave Renaud, élève de M. le Dr Ballet (*Étude des réflexes dans la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1893.).

1° Les réflexes pupillaires sont modifiés dans la paralysie générale pour l'immense majorité des cas.

2° Ces modifications sont : I, perte ou diminution de la réaction à la lumière ; — II, perte des deux réflexes (lumière et accommodation).

3° Le signe d'Argyll Robertson est un symptôme précoce de paralysie générale; on le rencontre dans la moitié des cas à la première période de la maladie.

4° Ce signe diminue de fréquence avec l'évolution morbide et descend à son minimum à la période terminale (53 °/o dans la première période ; — 49 dans la seconde ; — 43 dans la troisième).

5° L'abolition des deux réflexes pupillaires est un fait beaucoup moins fréquent. Rare au début, on la rencontre chez le quart des paralytiques à la dernière période de l'affection.

6° D'une façon générale on peut dire que les troubles réflexes des pupilles gagnent d'intensité au fur et à mesure des progrès de la démence paralytique.

D'après le même observateur, l'inégalité des pupilles se ren-

4° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, possibilité de *troubles sphinctériens* (rétention ou émission involontaire de l'urine et des matières).

5° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, troubles fréquents de la *sensibilité* : anesthésies, hyperesthésies, paresthésies; — douleurs fulgurantes, etc.

6° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, altération fréquente des *réflexes*, qu'on trouve affectés de diverses façons suivant les périodes diverses de la maladie[1].

7° Dans la paralysie générale comme dans le tabes, épisodes possibles d'ictus apoplectiformes ou épileptiformes, d'hémiplégie, de monoplégie, d'aphasie, de spasmes laryngés, etc.

8° Dans la paralysie générale comme dans le

contrerait dans les deux tiers des cas de paralysie générale. — Le myosis et la mydriase seraient relativement rares.

A noter encore ce dernier point : « En cas d'abolition du réflexe patellaire, on observe presque toujours le signe d'Argyll Robertson. » — « Par conséquent, le signe d'A. Robertson coïncide dans la grande majorité des cas avec le signe de Westphal, fait qui ne nous étonnera nullement, étant donné que la plupart des malades de cette catégorie présentent des signes de tabes et que cette association des deux signes précédents existe fréquemment au début de cette affection. »

1. L'étude la plus complète que nous possédions sur cette question du réflexe patellaire dans la paralysie générale est encore due à M. G. Renaud.

M. Renaud a examiné l'état de ce réflexe sur 482 malades, dûment paralytiques généraux, en ayant soin de classer ses résultats en plusieurs catégories suivant la période de l'affection.

De ce très consciencieux et intéressant travail il ressort :

1° Que l'exagération du réflexe rotulien est la modalité morbide

tabes, intervention possible de *troubles trophiques* : arthropathies ; — fractures ; — amyotrophies ; — chute des ongles ; — mal perforant ; — eschares, etc., etc.

Et ainsi de suite pour d'autres manifestations (atrophie papillaire, troubles auditifs, etc.), que je passerai sous silence.

A ce long défilé de symptômes communs ajoutons encore quelques similitudes d'ensemble entre les deux maladies. Ainsi :

1° L'une et l'autre frappent généralement leurs victimes en pleine maturité et en pleine santé,

la plus fréquemment observée, et de beaucoup. — En chiffres précis, on a relevé les résultats suivants :

Exagération du réflexe.	348	cas.
Abolition.	68	—
Conservation	66	—

2° Que l'exagération est la règle générale dans la première période de la maladie.

3° Que cette exagération tend à faire place à l'abolition à mesure que les processus pathologiques se généralisent et que la démence progresse. — C'est ce dont témoigne le tableau suivant :

	Exagération du réflexe.	Abolition.	Conservation.
Première période de la maladie.	82 %	8,9 %	8,9 %
Seconde	73 —	11,4 —	15,2 —
Troisième	66 —	18,7 —	14 —

4° Que la conservation et l'état normal des réflexes rotuliens constituent le fait exceptionnel. — D'après M. Renaud, cette modalité des réflexes coïnciderait avec le minimum des signes physiques. (*Thèse précitée.*)

d'une façon sourde, insidieuse, latente, inconsciente;

2° L'une et l'autre sont remarquables par la multiplicité extrême de leurs symptômes, non moins que par la variété de leurs formes morbides.

Eh bien, est-ce que cette première constatation d'une telle série de symptômes et de syndromes communs ne suffit pas déjà à attester une étroite parenté des deux maladies, peut-être même plus encore qu'une parenté, à savoir, si j'ose ainsi parler, une sorte de consanguinité originelle?

Mais poursuivons.

II. — En second lieu, ce qui mieux encore témoigne de l'intimité nosologique des deux maladies, c'est leur *association* possible, voire fréquente, sur le même sujet.

Oui, il est assez commun de voir ces deux types morbides s'unir, se donner la main, se confondre.

Cette association ou même, disons le mot, cette fusion se réalise suivant trois modes que voici :

1° Tantôt c'est la paralysie générale qui ouvre la scène et qui l'occupe pour un certain temps; — puis, à un moment donné, surgissent des phénomènes majeurs de tabes. — On dit alors, suivant une expression consacrée, que la paralysie générale *verse* dans le tabes.

2° Tantôt c'est l'inverse. L'affection au début, voire

pour un temps plus ou moins long, affecte le type classique du tabes; puis se manifestent des déterminations non équivoques de paralysie générale, lesquelles, plus importantes et surtout plus bruyantes, effacent le tabes et semblent s'y substituer. — On dit alors, suivant la même façon de parler, que le tabes *verse* dans la paralysie générale.

3° Quelquefois enfin (mais cette dernière éventualité est bien plus rare), les deux types morbides débutent conjointement, et d'emblée occupent parallèlement la scène.

Cela dit d'une façon générale, précisons actuellement.

I. — Le premier des trois modes suivant lesquels peuvent s'associer les deux maladies se présente à l'observation sous le schéma suivant : Un sujet syphilitique commence par présenter des symptômes qui réalisent le type classique de la paralysie générale; — puis, à un moment donné, font apparition sur lui divers symptômes du type tabétique, tels que douleurs fulgurantes, altération des réflexes, paralysies oculaires, signe de Romberg, troubles d'incoordination motrice très accentués, bien plus accentués qu'ils ne le sont usuellement dans la paralysie générale ordinaire et rappelant tout à fait ce qu'on observe dans le tabes.

Nul doute à conserver sur ce point. « Les médecins aliénistes et les neuropathologistes, dit Rendu, sont d'accord sur l'extrême fréquence des sym-

ptômes tabétiques au cours de la paralysie générale et posent en principe la participation presque constante de la moelle aux phénomènes irritatifs dont l'encéphale est le siège ». — D'après Thomsen, les paralytiques généraux présentent, dans la proportion de 1 sur 5, des symptômes se rattachant à une lésion des cordons postérieurs. — D'après Hertz (de Bonn), cette proportion s'élèverait même à 66 sur 100. — Et de même, soit dit incidemment, pour ce qui est des lésions. Ainsi, « tout récemment, Fürstner, dans les *Archives allemandes de Psychiatrie*, disait avoir trouvé des lésions de la moelle dans 125 cas sur 150 de paralysie générale[1] ».

Ajoutez encore ces deux considérations, judicieusement relevées par Nageotte, à savoir : « que le tabes, maladie souvent insidieuse, échappe facilement au clinicien lorsqu'il survient chez un dément ; — et que, d'autre part, la paralysie générale n'affecte fréquemment qu'une durée trop courte pour permettre à un tabes d'évoluer suffisamment et de devenir appréciable au médecin[2]. »

Donc, quand on y regarde de près et qu'on analyse par le menu tous les symptômes des aliénés paralytiques, il est absolument commun de constater sur eux, à des degrés d'ailleurs très variables, divers symptômes dûment tabétiques. Seulement, ces symptômes peuvent être effacés, masqués, par les troubles prédominants et plus bruyants de la

1. Dr Marie, *Société des hôpitaux*, 1892, p. 845.
2. Thèse citée, p. 77.

paralysie générale. Si bien qu'en nombre de cas ils ne fixent pas l'attention et risquent même de passer inaperçus.

II. — Précisément pour cette même raison, le tabes qui verse dans la paralysie générale fait bien autrement sensation que la paralysie générale qui verse dans le tabes. Nul risque pour lui de ne pas être remarqué, car des symptômes à grand fracas, tout au moins des symptômes essentiellement propres à donner l'éveil, le dénoncent presque d'emblée.

Comment se passent alors les choses? Deux exemples vont vous édifier à ce point de vue.

Un de mes malades, syphilitique depuis 1867, commence à être affecté de tabes en 1874. Ce tabes s'accuse sur lui par les signes les moins équivoques, à savoir, très sommairement : diplopie; douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, troubles rectaux, affaiblissement de la puissance génitale, ébauche d'incoordination motrice, etc. Je le traite énergiquement, et, soit sous l'influence de la médication, soit spontanément, tous ces symptômes s'amendent pour un temps. Puis, insidieusement, le malade est pris d'un délire de satisfaction et de vanité, délire exclusivement relatif d'abord à des qualités littéraires. A la veille de partir pour un voyage, il vient un jour me faire une visite d'adieu, me parle en termes reconnaissants de la guérison qu'il croit me devoir, m'entretient très correctement de divers sujets, puis, au moment de me quitter, me lance

tout à coup l'énormité suivante qui, vous le comprendrez, m'a frappé trop vivement pour ne pas m'en avoir laissé un souvenir précis : « Je ne vous verrai pas de longtemps, mon cher docteur; mais je vous écrirai dans mon voyage, et vous verrez mon style. Quel style! Entre nous, *c'est du Bossuet!* »

C'en était assez, n'est-il pas vrai? pour éveiller le soupçon d'une paralysie générale. Et, en effet, quelques jours plus tard, le malade déraisonnait complètement et commettait toutes sortes d'extravagances (achats quotidiens de chevaux, équipages, bronzes, porcelaines, dentelles, tapisseries, chaises de poste, etc.). On fut forcé de l'interner, et il succomba dans l'espace de quelques mois, après avoir présenté, au dire du médecin qui le traita à cette époque, « le type le plus complet d'une paralysie générale des aliénés ».

De même, M. Rendu lisait l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux une très intéressante observation se résumant en ceci : Malade affecté de syphilis en 1885; — devenant tabétique en 1889, et présentant alors toute une série de manifestations du tabes le plus classique. — Puis, en 1891, explosion de phénomènes de paralysie générale, à savoir : d'abord, modification du caractère; plus tard, crises d'aphasie; embarras de la parole; bientôt après, début d'incohérence, alternances de mutisme et de loquacité; besoin incessant de locomotion; conceptions ambitieuses; idées de gran-

deurs et de richesses. Ainsi le malade fait des plans de travaux gigantesques; il va construire une tour Eiffel de 600 mètres de haut, avec 24 forts sur la plate-forme supérieure; il embauche pour cela les malades de la salle avec des appointements de 10.000 francs par semaine; il souscrit sans compter des billets à ordre, etc.

III. — Enfin, comme troisième type, il est des cas où tabes et paralysie générale semblent débuter d'une façon à peu près simultanée et évoluent d'une façon synchrone, *pari passu*, marchant, comme on l'a dit, « la main dans la main ».

Exemple du genre. Dans un cas relaté par Raymond et Nageotte, on a vu, sur un malade syphilitique, des symptômes de tabes et de paralysie générale se combiner, s'associer, s'enchevêtrer d'une façon étrange, à savoir (très sommairement) :

D'une part, maux de tête, vertiges, modification du caractère, affaiblissement de la mémoire, incertitude intellectuelle, embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, inégalité des pupilles, etc.;

Et, d'autre part : douleurs fulgurantes, diplopie, signe de Romberg, perte des réflexes, etc.

Que l'association, la combinaison des phénomènes de tabes et de paralysie générale se produise sous telle ou telle des trois modalités qui précèdent, elle n'en aboutit pas moins à constituer des types étranges, mixtes, métis, composés à doses

égales ou inégales (passez-moi la façon de dire) de symptômes cérébraux et de symptômes médullaires. En pareille occurrence, le malade ainsi affecté se présente tout à la fois comme un tabétique et comme un paralytique général. A considérer telles de ses manifestations, c'est un tabétique; mais, à tenir compte de telles autres, c'est un paralytique général. D'ensemble, c'est l'un et l'autre à la fois.

Et de la sorte se trouve réalisé un type pathologique particulier, un véritable *type hybride*, tenant mi-partie du tabes et mi-partie de la paralysie générale.

Ce type, il lui faut un nom, pour la commodité du langage. J'avais proposé, il y a une quinzaine d'années, de l'appeler « syphilose cérébro-spinale postérieure »[1]. Cette dénomination n'a pas fait fortune. Peut-être celle de TABES CÉRÉBRO-SPINAL sera-t-elle mieux acceptée.

En tout cas, et pour en revenir à notre sujet, quoi de mieux fait, quoi de plus démonstratif pour la thèse dont nous poursuivons l'exposé, que la possibilité, la réalité d'une telle association, d'une telle fusion des deux types dont il s'agit?

XXXII

III. — Aux deux premières considérations que

1. V. *Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 278 et suiv.

je viens de développer j'en ajouterai immédiatement une troisième, qui, elle aussi, va nous fournir un témoignage non moins probant. Celle-ci, dont je vous ai déjà parlé longuement, c'est l'*identité d'origine* des deux maladies.

On peut le dire aujourd'hui, tabes et paralysie générale ont une étiologie à peu près identique. Leur cause principale, majeure, sinon exclusive, c'est la syphilis, la syphilis soit agissant de son chef exclusif, soit agissant sur un organisme prédisposé.

De cela la démonstration est acquise par ce qui précède, et je n'ai rien à y ajouter.

IV. — En quatrième lieu, voyez que d'analogies, que de similitudes rapprochent les deux maladies, comme caractères d'invasion, de fréquence relative dans l'un et l'autre sexe, d'évolution, de terminaison, de résistance aux agents thérapeutiques, etc. Ainsi :

1° L'une et l'autre sont infiniment plus rares chez la femme que chez l'homme, et cela, vous en savez le pourquoi[1]. — Aussi bien, conséquemment avec ce pourquoi, la fréquence de l'une et de l'autre chez l'homme et chez la femme est-elle proportionnelle à la fréquence de la syphilis dans l'un et l'autre sexe.

2° L'une et l'autre se produisent à peu près au même âge, âge moyen de l'existence, âge qui est

1. V. page 169.

celui où la syphilis, généralement acquise au printemps de la vie, évolue en pleine étape tertiaire.

3° L'une et l'autre néanmoins peuvent se produire dans le jeune âge; — et alors, dans ces conditions spéciales, tabes juvénile et démence paralytique juvénile se rattachent l'un et l'autre à une même circonstance étiologique, à savoir : très généralement, une syphilis héréditaire, ou, bien plus rarement, une syphilis de contagion infantile. — Strümpell a même relaté un cas des plus curieux où, sur une petite fille hérédo-syphilitique âgée de 13 ans, coexistaient paralysie générale et tabes.

4° L'une et l'autre entrent en scène d'une façon insidieuse et lente.

5° L'une et l'autre affectent une évolution fatalement et inexorablement progressive, avec possibilité de rémissions et de temps d'arrêt plus ou moins prolongés.

6° L'une et l'autre offrent le même caractère de résistance à tous les agents thérapeutiques connus, y compris les agents spécifiques, et paraissent vouées de nature à l'incurabilité.

En vérité, messieurs, toutes les considérations qui précèdent (sans parler d'autres encore que je passe sous silence) ne concourent-elles pas, isolément et conjointement, à justifier l'unification, la fusion nosologique que nous cherchons à établir entre les deux maladies?

Si bien, je puis le dire, que la démonstration se-

rait complète, et qu'en vérité rien n'y manquerait, si à tous les témoignages que je viens de produire je pouvais joindre celui de l'anatomie pathologique.

Mais ce dernier, bien malheureusement, va nous faire défaut. C'est qu'en effet il convient, pour la solution d'un problème aussi délicat que celui qui nous occupe actuellement, de ne mettre en cause que des faits certains, jugés, définitivement acquis à la science. Or, de ce nombre n'est pas assurément l'anatomie pathologique de la paralysie générale, non plus que celle du tabes. Aujourd'hui, en effet, on en est encore à discuter sur le processus initial et fondamental de l'une et l'autre de ces maladies. Quel est le point de départ du tabes, quel est le point de départ de la paralysie générale, en tant que lésion propre, essentielle, constitutive, caractéristique en un mot? On ne saurait le dire, en raison des divergences des anatomo-pathologistes les plus experts et des histologistes les plus autorisés. A ce point, chose curieuse, que c'est à l'anatomie pathologique qu'empruntent à la fois leurs arguments les partisans aussi bien que les adversaires de la doctrine que nous cherchons à établir. Oui, c'est de par l'anatomie pathologique que les uns prétendent édifier, et les autres renverser la doctrine fusionniste du tabes et de la paralysie générale.

Lisez les derniers débats qui se sont élevés à ce sujet; lisez par exemple un intéressant travail in-

spiré par mon collègue et ami le Dr Joffroy (thèse du Dr Stojanovitch[1]), où vous trouverez soigneusement résumés les éléments des discussions actuelles, et vous serez effrayés, je n'exagère pas, des dissidences multiples et extrêmes qui se sont produites en l'espèce. Tout est controversé, tout est remis en question relativement à l'anatomie pathologique et l'histologie des deux maladies qui nous occupent. A force de science (ceci n'est pas une critique, Dieu m'en garde ! mais une simple constatation), on en est arrivé à ne plus rien savoir, au moins de certain. Divergences et obscurités, voilà ce qui subsiste. A ce point — je veux formuler un exemple, car vous m'accuseriez peut-être d'exagération — à ce point que, d'après certains auteurs (et de haute compétence spéciale, je vous prie), la paralysie générale pourrait exister « sans lésions appréciables de l'écorce et de la substance nerveuse » ; à ce point que *tous* les symptômes de la paralysie générale pourraient être réalisés par « une méningite purulente sous-arachnoïdienne », par « une pachyméningite hémorrhagique » (et cela toujours sans lésions appréciables du cerveau), par un sarcome, par un foyer de ramollissement ! — Dans ce chaos, trouvez la lumière !

Force me sera donc ici — et bien à regret — de laisser une lacune dans ma démonstration.

Toutefois, je n'abandonnerai pas ce point sans

1. *Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale*, Thèses de Paris, 1893.

placer une remarque. C'est que, toutes réserves établies sur ce que nous ignorons encore, à savoir les modalités initiales des processus propres à l'une et l'autre maladie, d'ores et déjà l'anatomie pathologique nous autorise bien, elle aussi, à admettre une étroite parenté entre la paralysie générale et le tabes, et cela de par les gros faits, dirai-je, de par les faits évidents, positifs, non récusables. Cette parenté, en effet, ressort manifestement, me semble-t-il, de trois considérations, à savoir :

1° De ce qu'au total les lésions de l'une et l'autre maladie sont d'ordre absolument similaire, sinon identique. De part et d'autre elles consistent en une destruction plus ou moins complète des tubes nerveux, une prolifération des noyaux, un épaississement de la névroglie, des altérations vasculaires, etc. (Raymond, Rendu).

2° De ce que, de part et d'autre, ces lésions conduisent à un aboutissant commun, la sclérose.

3° Et, au point de vue topographique (remarquez bien ceci en particulier, messieurs), de ce que tabes et paralysie générale font preuve d'une même tendance à étendre, à disséminer leurs lésions au delà du foyer qui leur est originairement dévolu.

Ainsi, la paralysie générale diffuse vers la moelle d'une façon qu'on peut dire très habituelle. D'après les statistiques de Köberlin, Claus, Thomsen, Fürstner, des lésions médullaires s'observeraient aux nécropsies de paralytiques généraux dans

une proportion variable entre 43 et 66 pour 100[1].

Réciproquement, le tabes tend à diffuser vers le cerveau, et cela avec une fréquence dont on n'avait pas idée jusqu'à ce jour. Des lésions de périencéphalite diffuse ou, d'une façon plus générale, des lésions du cerveau sont absolument communes aux autopsies de tabétiques. A preuve les cas cités récemment par Kraus, comme tant d'autres signalés ces derniers temps.

Il paraîtrait même (mais ceci sous les plus expresses réserves, dont vous allez apprécier la raison) que le cerveau peut être sérieusement affecté dans le tabes, au moins pour un certain temps, sans donner lieu à des phénomènes psychiques notables. Le Dr Nageotte a rencontré et représenté dans sa thèse des lésions « indubitables » de paralysie générale constatées à l'autopsie d'un ataxique « qui était mort *sans que rien eût attiré l'attention vers son état mental*[2] ».

Ainsi donc l'anatomie concourt, elle aussi, à affirmer l'étroite affinité du tabes et de la paralysie générale[3].

1. V. Dengler, Thèse citée, p. 73. — V. aussi un cas curieux de Levi, analysé dans la *Revue neurologique* de Brissaud et Marie, juillet 1893, p. 355.

2. Thèse citée, p. 134.

3. J'ai plaisir à invoquer encore ici l'autorité de M. le Dr Marie, qui, dans son excellent livre sur les *Maladies de la moelle*, aboutit à des conclusions identiques à celles que je viens de développer. « Les altérations du cerveau spéciales au tabes consistent dans

XXXIII

Résumons-nous : Multiplicité de symptômes communs aux deux maladies; — combinaison possible et même assez fréquente des deux types morbides ; — identité de causes; — similitudes d'évolution, de terminaison, de résistance aux agents thérapeutiques; — analogies anatomiques (pour ne rien dire de plus); — telles sont les raisons diverses qui semblent bien autoriser à considérer le tabes et la paralysie générale comme deux modalités topographiques d'un seul et même processus morbide, comme deux branches d'un même tronc, comme deux localisations géographiques d'une même maladie.

Conséquemment, dans cette interprétation, il y aurait une maladie *unique*, qui :

1° Alors qu'elle se localiserait exclusivement (ou

une disparition plus ou moins accentuée des fibres nerveuses contenues dans les circonvolutions. Cette altération est très analogue à celle qu'a décrite M. Tuczek dans la paralysie générale des aliénés » (p. 362). — Et ailleurs : « Les lésions cérébrales du tabes sont purement et simplement sous la dépendance de la même cause qui détermine les lésions médullaires du tabes : la syphilis. — Ces lésions cérébrales des tabétiques sont, en somme, très analogues, sinon identiques à celles de la paralysie générale des aliénés. Comme celles-ci, elles sont dues à la syphilis exerçant directement son action nocive sur les fibres des circonvolutions cérébrales, indépendamment des ravages qu'elle peut faire du côté des cordons postérieurs de la moelle » (p. 365).

d'une façon tout à fait prédominante) sur la moelle, constituerait le *tabes* ;

2° Alors qu'elle se localiserait exclusivement (ou d'une façon tout à fait prédominante) sur le cerveau, constituerait la *paralysie générale* ;

3° Alors qu'elle affecterait à la fois la moelle et le cerveau, constituerait un type mixte, hybride, auquel serait applicable la dénomination de *tabes cérébro-spinal.*

Et cette interprétation, qui réunit, qui fusionne ainsi les deux maladies en une seule entité morbide, est ce qu'on a appelé la *doctrine identiste* ou *fusionniste,* doctrine qui s'agite actuellement et s'est imposée, dirai-je, à l'ordre du jour.

XXXIV

Bien naturellement cette doctrine, comme toute innovation introduite dans la pathologie, a rencontré des adversaires et suscité des objections.

Ces objections, quelles sont-elles, et quelle en est la valeur? — Quelques mots à ce sujet.

I. — On a dit d'abord : « Peut-être y aurait-il quelque apparence de raison à vouloir fusionner le tabes et la paralysie générale, si la clinique présentait ces deux affections réunies d'une façon commune, courante, habituelle. Mais tel n'est pas le cas. Ce qu'on observe usuellement, tout au contraire, c'est ou bien le tabes seul, isolé, ou bien la

paralysie générale seule, isolée. Donc, le principe même d'une fusion à effectuer entre ces deux types n'est pas admissible. »

Erreur de fait, erreur matérielle, répondrons-nous.

Oui, sans doute, nombreux, très nombreux sont les cas où la paralysie générale existe sans tabes, comme le tabes sans paralysie générale. Méconnaître ce fait serait nier l'évidence même. Mais multiples aussi sont les cas précisément inverses, alors surtout qu'on se donne la peine d'analyser par le menu les symptômes morbides, au lieu de s'en tenir à un diagnostic *de surface* (passez-moi le mot) d'après les troubles prédominants. Ainsi : d'une part, l'association à la paralysie générale de symptômes ou de lésions d'ordre tabétique est un fait *usuel*, absolument usuel, comme viennent de l'établir les statistiques précitées; — et, d'autre part, des symptômes et des lésions de paralysie générale coexistent parfois (quoique bien moins fréquemment) avec le tabes. Il n'est même pas rare de voir le tabes verser absolument dans la paralysie générale et se terminer par elle. Baillarger, Westphal, Rey, Caizergues, Christian, Tenneson, Magnan, Falret, Masson, Estore, Savage, Raymond, Rendu, Barthélemy, etc., en ont cité de nombreux cas. Après avoir dépouillé à nouveau mes notes d'hôpital et de ville à ce sujet, j'ai réuni plus d'une quarantaine d'observations de ce genre; et, si je n'insiste pas davantage ici sur ce point, c'est

que je l'ai déjà longuement développé ailleurs[1].

Donc, il n'est pas à arguer — bien au contraire — d'une prétendue rareté de rapports usuels et de conjonction possible entre les deux maladies contre la doctrine identiste.

II. — « Mais, a-t-on ajouté, alors que le tabes et la paralysie générale viennent à faire conjonction, à s'associer sur un même sujet, pourquoi ne pas voir là un simple hasard, une coïncidence accidentelle, au lieu de s'efforcer à interpréter le fait par une doctrine hypothétique d'identité morbide? »

Réponse catégorique : Le hasard et les coïncidences ne sauraient entrer en ligne de compte alors qu'il s'agit d'expliquer des rencontres usuelles, des connexions courantes de symptômes pathologiques. Dit-on, par exemple, que l'endocardite rhumatismale est une coïncidence *de hasard* vis-à-vis du rhumatisme articulaire?

III. — On a encore invoqué contre la doctrine identiste la différence d'évolution des deux maladies. « Voyez donc, a-t-on dit : la paralysie générale évolue en deux ou trois ans, pour aboutir à la mort; et le tabes, bien souvent, n'a pas achevé son cycle pathologique avant 10, 15, 20, 30 ans et plus. »

Qu'importe? répondrai-je. Il n'est rien d'extraordinaire à ce que deux localisations morbides différentes évoluent de façons différentes. Il n'est rien

1. V. mon livre sur l'*Ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 247 et suiv.

d'étonnant à ce qu'un processus cérébral marche plus vite et tue plus rapidement qu'un processus médullaire. Ainsi que l'a dit Rendu, « il n'y a rien là qui soit de nature à séparer foncièrement deux affections que rapproche la communauté des symptômes et des causes pathogéniques ».

Au total, donc, ces diverses objections (et d'autres encore que je crois vraiment avoir le droit de passer sous silence) ne sauraient porter atteinte à la doctrine identiste. Elles sont même presque de nature à lui faire plus de bien que de mal. Car, après les avoir entendues, on est tenté de se dire : « Il faut vraiment que la doctrine en question repose sur des considérations bien positives et bien formelles pour que ses adversaires n'aient pas trouvé de meilleures raisons à lui opposer ».

XXXV

Tel est, messieurs, l'exposé de la question.

Et maintenant, à quoi conclure?

Allons-nous prendre résolûment parti, brûler nos vaisseaux et dire : « Décidément, oui, paralysie générale et tabes ne constituent qu'une seule et même maladie? »

Certes, de par ce qui précède vous avez dû comprendre que telle serait bien mon envie. Ce n'est pas le désir qui me manque d'aboutir à cette

dernière formule eomme solution du problème.

Mais il eonvient que je résiste à ee désir. Et pourquoi? Pour deux raisons : Paree que, d'abord, il y a un desideratum, une laeune, dans la démonstration qui préeède, à savoir la lacune anatomique; — en second lieu et plus encore, parce qu'en matière aussi diffieile, aussi délieate, il y a toujours avantage à laisser mûrir les questions, de faeon à donner à ehaeun et à se donner à soi-même le temps de les méditer, de les envisager sous des faces différentes, dans des états d'esprit différents. Au surplus, rien ne presse. Il ne s'agit là, somme toute, que d'une question de nosologie, qui ne eomporte pas l'urgence d'une question de pratique. Il ne s'agit là, d'autre part, que d'un débat où les opinions adverses ne laissent pas au fond d'être assez rapprochées, tout le monde tombant d'aeeord sur ee point que les deux maladies, alors même qu'elles ne sauraient être fondues en une seule unité morbide, n'en eonstituent pas moins des types pathologiques très voisins, similaires, et souvent eombinés. Saehons done attendre.

Et d'ailleurs — vous l'avez déjà sans doute préjugé — l'intérêt véritable du sujet n'est pas dans le débat nosologique. Il est ailleurs, il est tout entier dans l'appoint apporté par ee débat même à la démonstration des rapports de la paralysie générale avee la syphilis. Et comment eela? Vous allez le eomprendre.

Que ressort-il en somme de tout ce qui précède? Ceci : que le tabes et la paralysie générale constituent deux maladies étroitement unies, « proches parentes », parentes même à ce degré qu'elles sont sur le point de se confondre, qu'elles sont peut-être destinées à se trouver réunies un jour ou l'autre en une seule entité pathologique.

Or, si la paralysie générale est tellement voisine du tabes qu'elle s'identifie presque avec lui, elle doit donc en toute logique avoir avec la syphilis les mêmes affinités que le tabes; elle doit donc être, elle aussi, une conséquence, une émanation de la syphilis, à la façon du tabes, du tabes dont les attaches avec cette dernière maladie ne sont plus contestables ni contestées.

Par conséquent, démontrer, comme nous venons de le faire, les connexions intimes de la paralysie générale avec le tabes, c'est démontrer indirectement les connexions de la paralysie générale avec la syphilis.

Et c'est ainsi que ce dernier témoignage apporte un supplément de preuves au grand fait que je n'ai cessé d'avoir en vue au cours de cet exposé, à savoir *les relations d'origine de la paralysie générale avec la syphilis*[1].

1 J'ai reçu trop tardivement pour l'insérer à sa place un nouveau document sur la fréquence des antécédents de syphilis dans la paralysie générale. Ce document, je vais le consigner ici, mais le lecteur voudra bien le reporter à la page 159. Il est dû au Dr Hugonin. En voici l'analyse succincte.

« Depuis 20 mois que je suis attaché à la maison de santé de

XXXVI

ÉPILEPSIE PARASYPHILITIQUE.

On voit parfois se produire au cours de la syphilis une épilepsie vraiment singulière et très différente à divers titres de ce qu'on a appelé l'épilepsie syphilitique ou mieux la forme épileptique de la syphilis cérébrale.

Cette épilepsie, pour en résumer immédiatement les traits principaux, se caractérise surtout par ceci :

1° Qu'elle se produit à l'état de symptôme *isolé*,

M. le Dr G..., j'y ai vu 22 malades affectés de paralysie générale. Mais de ce nombre il faut défalquer 8 cas sur lesquels, pour des raisons diverses, je ne possède aucun renseignement relatif aux antécédents morbides ou autres. Restent donc 14 cas à antécédents connus.

« Or, d'une façon absolument certaine, *j'ai relevé des antécédents de syphilis sur* TREIZE *de ces malades. Un seul m'a paru indemne.*

(Suit le détail des observations, que je crois inutile de citer ici).

« Dans la plupart de ces cas, ajoute notre confrère, la syphilis paraît avoir été bénigne.... Dans la plupart des cas, aussi, le traitement paraît avoir été insuffisant, écourté, ou même presque nul.

« Chez les malades IX, XI et XII, la syphilis était ancienne, remontant au plus à une quinzaine d'années (avant l'internement). Mais, pour le plus grand nombre, elle était beaucoup plus récente. Chez le malade X elle datait de quatre ans.

« Les malades VI et XI paraissent avoir retiré un certain bénéfice, au moins provisoire, du traitement antisyphilitique. Ils sont sortis améliorés, mais avec un affaiblissement des facultés sans doute

c'est-à-dire sans cortège de phénomènes d'un autre ordre, notamment, bien entendu, de phénomènes cérébraux;

2° Qu'elle *se continue et se perpétue sous cette forme*, c'est-à-dire subsiste en tant qu'épilepsie pure et simple, toujours sans association d'autres phénomènes morbides;

3° Qu'elle est *durable* et longuement durable;

4° Qu'elle *ne subit des remèdes antisyphilitiques aucune action*, ni curative, ni même temporairement suspensive;

5° Qu'elle n'est ou du moins n'a paru jusqu'ici être influencée que par la *médication bromurée*, laquelle ne la guérit pas, mais la modère.

Le seul exposé de ces caractères vous montre déjà

irrémédiable. En général, les résultats du traitement antisyphilitique ont été peu satisfaisants. »

Coïncidemment avec la syphilis, des antécédents d'autre nature ont été relevés plusieurs fois, à savoir : « Alcoolisme, ou tout au moins excès alcooliques, 4 cas; — hérédité névropathique, 3 cas: — signes de dégénérescence native, 1 cas; — excès de tout genre, 1 cas. »

En tout cas, le fait majeur qui ressort de cette intéressante enquête, c'est la fréquence extrême des antécédents de syphilis dans la paralysie générale. *Treize fois sur quatorze cas* la syphilis a été retrouvée par M. le Dr Hugonin dans le passé de ses malades. Cela fournirait au pourcentage une proportion de 92,8 pour 100; — proportion considérable, proportion tout aussi élevée, je le répète encore une fois, que celle où l'on aboutirait pour n'importe quel accident de syphilis tertiaire, étant donné le chiffre toujours très élevé des manifestations tertiaires à antécédents spécifiques méconnus ou ignorés. — Quoi de plus significatif, quoi de plus probant?

qu'à des titres multiples et majeurs cette épilepsie se différencie essentiellement de l'épilepsie syphilitique proprement dite, laquelle tout au contraire a pour attributs usuels :

1° De s'associer, même à une époque voisine de son début, à des phénomènes cérébraux;

2° De se fondre rapidement dans un ensemble symptomatologique complexe qui est celui des encéphalopathies spécifiques;

3° D'évoluer plus ou moins hâtivement soit vers la guérison, soit vers une terminaison néfaste;

4° D'être accessible, sinon toujours, au moins assez souvent, au traitement spécifique, lequel parfois même exerce sur elle une action répressive des plus puissantes.

Mais, mieux que tout commentaire, un exemple pris sur nature vous représentera le type morbide dont je me propose de vous entretenir.

Un jeune homme de 25 ans contracte la syphilis. Il s'en traite pendant neuf mois, et bientôt la maladie impose silence à toute manifestation. — Vingt ans s'écoulent sans accidents. — Puis, soudainement, sans le moindre prodrome, sans provocation aucune et au cours d'une santé parfaite, cet homme, alors âgé de 45 ans (remarquez l'âge au passage), est pris d'un violent accès épileptique, caractérisé par l'ensemble le plus classique des symptômes du grand mal : chute subite, perte de connaissance, convulsions généralisées, toniques,

puis cloniques, cyanose, écume à la bouche, stertor et sommeil terminal, etc.

Or, à dater de ce moment et cela au minimum pour une période de *onze années* (au delà de laquelle s'arrête mon observation), le malade n'a jamais cessé d'être sujet à des accidents épileptiques de divers ordres, caractérisés les uns par des crises de *grand mal*, les autres (en nombre incomparablement plus considérable) par des accès de *petit mal*. Ainsi :

Pendant les deux premières années, trois grandes crises convulsives se produisirent encore, entremêlées à des accès de simple vertige. — Puis, au delà, de fortes crises de petit mal occupèrent seules la scène; mais en revanche celles-ci furent bien autrement répétées. On en compta très exactement : une quinzaine par année en 1882 et 1883; — 20 en 1884; — 22 en 1885; — 18 en 1886; — 19 en 1887, etc.[1]. Toutes, presque invariablement, se caractérisaient de la façon suivante : stupeur soudaine avec pâleur du visage; sensation d'anéantissement; conservation de la connaissance, mais avec obnubilation; impossibilité d'articuler rien autre que des mots très simples comme *oui* ou *non*; bruits de cloches dans la tête; sorte « d'extase » ou de « rêve »; puis, cessation brusque des phénomènes, après une durée variable de quelques

1. Ces chiffres sont rigoureusement exacts, le malade ayant pris soin d'inscrire chacune de ses crises sur un carnet *ad hoc*, qu'il m'a communiqué.

minutes à un quart d'heure; — et, finalement, retour immédiat à l'état normal.

C'était bien là — n'est-ee pas? — de l'*épilepsie* à la faeon de l'épilepsie eommune, ou bien eneore à la façon de celle que nous observons si fréquemment ehez nos malades affeetés d'eneéphalopathies spéeifiques graves. Or, remarquez bien maintenant, messieurs, ee qui va suivre.

D'une part, eette épilepsie est restée pendant onze années ee qu'elle était à son origine, sans la moindre eomplieation.. Seule, elle eonstituait la seène au début; seule, elle l'a oeeupée depuis lors, et eela onze années de suite. Et, pendant toute eette longue étape, aueun phénomène morbide n'est venu s'y ajouter. D'abord, pas le moindre trouble de la santé générale. En seeond lieu, et tout partieulièrement, pas le moindre symptôme cérébral. Intelligenee restant absolument intaete; mémoire indemne; nul ineident morbide du eôté de la motilité, de la sensibilité, des sens spéeiaux, ete., ete. — Bref, épilepsie, et rien que de l'épilepsie, voilà toute l'histoire du malade pour ees onze années (et sans doute au delà).

D'autre part, impuissance absolue du traitement spécifique.

Il va sans dire que, pendant ees onze années, des médieations multiples et variées ont été dirigées tour à tour eontre les aecidents en question. Tout ee qui, rationnellement ou empiriquement, pouvait être tenté a été tenté. Eh bien, réserve faite pour

un seul remède, rien n'a produit le moindre effet heureux.

A diverses reprises, j'ai mis en œuvre la médication spécifique, et cela à doses élevées, fort élevées, et sous des formes différentes. Peine perdue. Des crises se produisaient en plein traitement comme à la suite du traitement. Aucune modification, aucune intermission même des crises ne résultait de l'usage intensif du mercure et de l'iodure. De guerre lasse j'ai dû renoncer à ces remèdes.

Un seul médicament a agi d'une façon bien certaine, irrécusable, mais incomplète; c'est le bromure de potassium administré à fortes doses. Plusieurs fois le bromure a produit des intermissions de deux à trois mois; mais jamais il n'a réussi à suspendre définitivement les crises. « C'est le seul remède, disait le malade, qui m'ait produit quelque effet. »

Eh bien, telle serait, à cela près de quelques variantes sans importance, l'histoire de plusieurs malades que je pourrais citer, histoire toujours constituée de la façon suivante : accidents épileptiques de grand et de petit mal, survenus à la fois sans causes appréciables et sans prodromes; — se continuant sous la même forme; — durables; — non compliqués d'aucun autre trouble; — et radicalement rebelles au traitement spécifique.

D'où il suit que l'exposé clinique de cette modalité comitiale est en vérité des plus simples. Déjà

vous savez ce qu'elle est, à cela près de quelques détails qu'il me reste maintenant à préciser.

XXXVII

I. — L'invasion morbide est à la fois soudaine, inattendue et toute spontanée (en apparence, bien entendu). Elle se fait *ex abrupto*, en pleine santé, sans le moindre prodrome, sans la moindre cause (telle qu'incidence morbide, excès, fatigue, émotion,, etc.) de nature à la motiver.

Généralement, elle a pour début plus que solennel un grand accès comitial. — Plus rarement, elle s'annonce par quelques accidents légers de petit mal, auxquels succède une crise convulsive.

Au delà, la maladie est constituée par un mélange (en proportions très inégales comme nombre) d'accès de *grand mal* et d'accès de *petit mal*.

II. — Les accès de grand mal sont relativement rares et, en conséquence, largement espacés. On en observe, par exemple, 2, 3, 4 au cours d'une année, rarement davantage, et cela plus spécialement au cours de la première année.

Ces accès, qu'il serait inutile de décrire en détail, reproduisent trait pour trait la grande crise épileptique (sidération subite, avec ou sans cri; chute; perte de connaissance; convulsions toniques, puis cloniques; morsure de la langue; écume; stertor;

et sommeil terminal, etc.). Ils sont généralement intenses et d'assez longue durée.

Après un certain temps, c'est-à-dire après la première ou les deux premières années, ils se suspendent presque complètement pour ne plus apparaître qu'à intervalles très distancés.

III. — Les crises de petit mal sont au contraire très remarquables par leur fréquence, et cela soit dès le début, soit plus encore à une époque ultérieure, alors que, les grands accès convulsifs s'étant apaisés, elles constituent à elles seules presque toute la maladie. Il s'en produit en moyenne (réserves faites pour les influences thérapeutiques) de dix à quinze ou vingt par an, comme sur le malade dont je vous racontais l'histoire tout à l'heure. Un autre de mes clients en a eu, mensuellement, 13, 8, 11, 10, 8, 14, 10, etc. — Par instants, elles peuvent même devenir encore plus fréquentes. Ainsi le dernier malade en question en a éprouvé, dans ce qu'il appelait une « mauvaise passe », jusqu'à 11 en 20 jours. — Bien plus rarement, enfin, elles se rapprochent davantage jusqu'à se produire « en bouquet »; le même sujet en a subi 6 en un jour.

En d'autres cas, à la vérité, elles sont notablement plus rares, voire espacées de quelques semaines.

Comme symptômes, les crises de cet ordre rappellent exactement, dans leurs formes d'ailleurs très variables, la modalité du *petit mal* vulgaire. Généralement, elles consistent en ceci : Sensation

soudaine, instantanée, d'anéantissement avec stupeur; — sorte d'absence, d'éclipse, d'extase, de « rêve les yeux ouverts »; — conservation de la connaissance, mais avec certain degré d'obnubilation; — faculté de langage suspendue; impossibilité de se faire comprendre autrement que par signes ou par quelques monosyllabes (oui, non); — pâleur du visage; — puis, disparition de tous ces phénomènes et retour immédiat à l'état normal.

Vous avez vu comment le premier malade dont je vous ai parlé racontait ses crises. C'était chez lui une sorte d'invasion soudaine de l'intellect par un rêve, par une extase, et toujours « avec fort bruit de cloches dans la tête ». Au cours de l'accès, il conservait la connaissance, mais ne se rendait qu'imparfaitement compte de ce qui se passait autour de lui. Il ne parvenait à ce moment, malgré tous ses efforts, qu'à articuler quelques mots très simples. Il pouvait se lever, aller et venir, mais pour vaguer sans but, sans intention suivie, à la façon (la comparaison est du malade) de ces animaux captifs qui errent machinalement dans leur cage. « Quelqu'un, disait-il, m'aurait vu à ce moment qu'il m'eût pris pour un homme ivre. Un jour la crise me vint alors que je conduisais ma voiture; je n'ai pas abandonné les guides; mais il m'eût été impossible d'arrêter ou de diriger mon cheval. »

Un autre de mes malades, homme très observateur et d'une haute intelligence, définissait ses

crises comme il suit : Soudainement, invasion d'une idée vague, indéfinie, se substituant à l'occupation du moment, et s'imposant au cerveau d'une façon maîtresse, « tyrannique » ; — sensation presque douloureuse de serrement au niveau des tempes ; — pâleur du visage ; — puis, disparition subite des accidents ; — et, la crise à peine évanouie, impossibilité absolue de se rappeler l'idée singulière, bizarre et « toujours la même », qui maîtrisait ainsi le cerveau au cours de l'accès.

Quant à leur intensité et leur durée, ces crises offrent toutes les variétés imaginables. Je les ai vues longues et très longues sur l'un de mes malades, qui leur attribuait une durée de 10, 15, 20 minutes, voire d'une heure quelquefois. Mais ce n'est là, je crois, qu'une exception rare. Le plus habituellement, elles ne persistent pas au delà de quelques minutes. — Souvent même elles sont tout à fait passagères et ne doivent pas, semble-t-il, excéder une fraction de minute. — Exemples : Un de mes malades était en train de débiter des marchandises qu'il comptait une à une ; surpris par sa crise, il devint très pâle, resta immobile quelques instants, les yeux fixes, « comme en extase » (récit de sa femme), puis reprit tout aussitôt son travail. Détail curieux : au cours de cette crise, il continua machinalement et bien qu'immobile à compter ses marchandises, en disant à haute voix : 86, 87, 88, etc.... — Un autre me racontait ceci : « Mes crises sont si courtes parfois qu'un assistant ne s'en

apercevrait pas ou ne pourrait s'en apercevoir qu'à la pâleur soudaine qui, m'a-t-on affirmé, envahit mon visage. Si la crise me prend pendant que je suis en train de parler, je m'arrête un instant, et c'est fini. Un jour, étant en omnibus, je sentis que ma crise allait venir; stupidement, je descendis; à peine étais-je sur la chaussée que mon idée fixe, ma vision m'envahit; mais ce ne fut heureusement que l'affaire d'une demi-seconde, et je pus continuer mon chemin, comme si de rien n'était. »

Je l'ai dit, ces deux ordres de crises (grand mal et petit mal) composent à elles seules toute la maladie. Si bien que je n'ai rien à leur ajouter comme complément du tableau clinique.

Le malade affecté de la façon que je viens de décrire est donc purement et simplement un épileptique; — un épileptique à accès de divers ordres pour une certaine période; — puis, plus tard, un épileptique à accès presque exclusifs de petit mal; et rien de plus. Car, à cela près, je le répète, c'est un sujet bien portant; c'est, de plus, un sujet indemne de tout autre ordre de troubles cérébraux, un sujet maître de son intelligence, de sa volonté, de sa mémoire, maître de ses mouvements, à sensibilité intacte, à sens spéciaux non affectés, etc.

IV. — Finalement, que dure et que devient cette épilepsie?

Je me déclare incapable quant à présent, et pour cause, de répondre à ces deux questions. C'est qu'en effet les malades que j'ai traités d'accidents de cet ordre, n'ayant guère eu à se louer de mes soins, ne me sont que rarement restés fidèles. Ils sont allés chercher meilleure fortune ailleurs, et je ne les ai plus revus.

Mais ce que je puis cependant affirmer, c'est que l'épilepsie en question est une épilepsie éminemment *persistante* et *durable*. Tant que j'ai eu les malades sous mes yeux, ils sont restés sous le coup de leurs accidents comitiaux, et cela pour longtemps, bien longtemps, à savoir pour des laps de trois, cinq, six, huit, dix et onze années!

Or, les dits accidents ne s'étant en rien modifiés pendant toute cette énorme durée, il est plus que vraisemblable qu'ils ont dû persister au delà. Mais, en définitive, à quoi ont-ils abouti? Je l'ignore, et c'est là, pour l'histoire de cette entité morbide, un *desideratum* des plus regrettables.

Deux points pour terminer : A quelle étape de la syphilis et à quel âge de la vie s'observe cette épilepsie?

Bien sûrement, elle appartient à l'étape tertiaire de la syphilis et paraît même n'en constituer qu'une manifestation tardive par excellence. — Cela résulte au moins de ce que j'ai observé jusqu'à ce jour, tous les cas dont je dispose notant l'invasion de la maladie à un stade éloigné de la

diathèse, à savoir de la dixième à la vingt et unième année au delà du début de l'infection.

Aussi bien, comme conséquence, cette invasion s'est-elle presque toujours produite à une période déjà plus ou moins avancée de la vie, à savoir de 37 à 48 ans. — Notez cela au passage, Messieurs, comme réponse topique à opposer à ceux de nos confrères qui, par impossible, songeraient à faire de l'épilepsie en question une épilepsie commune, vulgaire; est-ce à pareil âge que l'épilepsie commune entre en scène pour la première fois?

XXXVIII

Telle est, d'une façon sommaire, la variété d'épilepsie qu'on observe quelquefois chez nos syphilitiques.

Que cette épilepsie soit un dérivé de la syphilis, cela ne me semble pas faire l'ombre d'un doute dans les cas où je l'ai rencontrée et que j'ai choisis entre beaucoup d'autres pour servir à la constitution du type que je viens de décrire. Dans tous ces cas, en effet, la connexion des accidents épileptiques avec la diathèse se trouvait bien légitimement attestée par toute une série de considérations, à savoir : 1° par des antécédents non douteux de syphilis; — 2° par l'âge auquel s'était produite l'invasion première des symptômes comitiaux; — 3° par l'absence de toute autre cause à laquelle, en

dehors de la syphilis, pussent être imputés les dits accidents; — 4° quelquefois, enfin, par telle ou telle autre considération annexe. Ainsi, l'un de mes malades, à l'époque même où se produisait sur lui l'invasion des crises épileptiques, engendrait un enfant qui fut un type de ces enfants chétifs, dégénérés, arriérés, tels qu'en réalise si souvent l'hérédo-syphilis.

Mais, si cette première question ne soulève pas grand embarras, il n'en est pas de même pour une seconde, celle-ci beaucoup plus délicate. On me dira, je m'y attends bien : « Cette épilepsie dont vous parlez actuellement et dont vous tendez à faire une forme à part, une entité morbide spéciale, ce n'est rien autre que l'épilepsie syphilitique déjà connue, ce n'est rien autre que cette « forme épileptique » de la syphilis cérébrale que vous avez décrite vous-même. De quel droit la disjoindre de celle-ci? Pourquoi l'isoler, la spécialiser, la constituer à l'état d'individualité propre? »

Eh bien, non, répondrai-je, l'épilepsie que j'ai en vue dans cet exposé (et que, pour la commodité de la discussion qui va suivre, je demande la permission de qualifier dès à présent d'*épilepsie parasyphilitique*) n'est pas assimilable au syndrome morbide que l'on comprend actuellement sous le terme d'épilepsie syphilitique ou d'épilepsie *symptomatique* de syphilis cérébrale. Bien au contraire, elle en diffère absolument; elle en diffère au point de constituer une espèce à part, une indi-

vidualité propre, qu'il est urgent de séparer de l'ensemble, du « bloc » dans lequel elle est restée englobée jusqu'à ce jour.

C'est là ce qui va ressortir, je l'espère, des considérations suivantes.

L'épilepsie parasyphilitique, en effet, se différencie de l'épilepsie symptomatique de syphilis cérébrale par toute une série de caractères, à savoir :

I. — Au point de vue symptomatologique, d'abord, elle s'en différencie par ce fait qu'*elle n'affecte jamais* (au moins d'après ce que j'ai vu jusqu'ici) *la modalité convulsive partielle, circonscrite.* Elle n'est jamais *Jacksonienne*, comme on dit à présent. Toujours elle consiste, dans son type convulsif, en des convulsions généralisées.

Tout au contraire, l'épilepsie jacksonienne (qui, par parenthèse, mériterait peut-être plus justement d'être appelée l'épilepsie de Bravais[1]) est particulièrement familière à la syphilis cérébrale. C'est là une forme que fréquemment, très fréquemment, nous rencontrons chez nos malades.

II. — En second lieu (et ceci a une portée bien autre), *l'épilepsie parasyphilitique naît, se développe et persiste à l'état d'épilepsie pure et simple, sans mélange, sans association à d'autres phénomènes cérébraux.*

1. Voir la remarquable thèse de Bravais (*Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique*), Thèses de Paris, 1827.

Voilà, Messieurs, un point essentiel, fondamental, un earactère *d'espèce*, dirai-je. Vòyez plutôt.

Chez les malades que nous avons en vue, l'affection, d'une part, naît et se développe sòus la forme d'une épilepsie pure et simple, earactérisée par des erises de grand et de petit mal, mais sans rien d'autre, sans adjonetiòn notamment de symptômes d'ordre eérébral; — et, d'autre part, elle persiste sous eette forme, toujours sans mélange, toujours sans intervention de troubles eérébraux. Nous l'avons vue subsister ainsi sans modifieations pendant des laps de temps eonsidérables, e'est-à-dire, pour préeiser, 3, 6, 8, 10 et 11 ans. Sur le malade que j'ai pu suivre le plus longtemps, eette épilepsie était, *onze ans* après son début, ce qu'elle était au eours de ses premières années, sans avoir subi la moindre eomplieation, sans s'être annexé le moindre symptôme eérébral.

Eh bien, est-ee là ee que fait l'épilepsie symptomatique, l'épilepsie de la syphilis eérébrale? Non eertes, tant s'en faut. Son propre, au contraire, est de verser, après un eertain temps, dans un ensemble eomplexe de symptômes eérébraux.

Il se peut bien, eertes, qu'à ses débuts et même pour un eertain temps, pour quelques mois en moyenne, elle se présente à l'état d'épilepsie pure et simple. Mais, d'une part, eela n'est pas eonstant; d'autre part et surtout, eela n'est jamais que provisoire. — J'insiste.

Cela n'est pas constant, vous disais-je. En effet,

rien de plus fréquent que de voir l'épilepsie symptomatique s'accompagner à ses débuts ou même être précédée de quelques phénomènes cérébraux, tels que céphalée, « malaise dans la tête », lourdeur de tête, tendance au sommeil, aptitude moindre aux travaux de l'esprit, lassitude générale, fatigue musculaire, troubles divers de la santé, etc.[1].

Et surtout, cela n'est que provisoire. Car, règle absolue, l'épilepsie symptomatique, après avoir conservé pour un certain temps l'allure exclusivement comitiale, ne tarde guère à changer de physionomie, et comment? Par adjonction aux symptômes comitiaux de quantité d'autres symptômes d'ordre différent. Si bien qu'alors, au lieu de rester l'expression exclusive d'une situation pathologique, elle n'y figure plus que comme élément d'un ensemble plus complexe, voire comme élément subordonné. Elle s'est fondue, si je puis ainsi parler, dans une scène plus compréhensive, scène qui n'est autre que celle d'une grande encéphalopathie. Bref, le malade de tout à l'heure, qu'on eût pris volontiers pour un épileptique vulgaire, se trouve actuellement transformé, suivant le langage du jour, en un *cérébral*.

Mais précisons, car j'ai à cœur de ne laisser place à aucun doute en vos esprits.

Quels sont donc les symptômes qui, à un moment donné, viennent s'associer de la sorte à l'épi-

1. Voir *La syphilis du cerveau*, p. 158.

lepsie symptomatique? Tous symptômes cérébraux, tous symptômes précurseurs ou témoins d'une désorganisation cérébrale en évolution, à savoir :

1° *Troubles congestifs* : lourdeur de tête, céphalée, vertiges, obnubilations, engourdissements et fourmillements dans les membres, troubles des sens (amblyopie, scotomes, bourdonnements, cophose), etc.;

2° *Troubles intellectuels* : aptitude moindre aux travaux de l'esprit; amnésie progressive et amnésie en saccades; modifications morales se traduisant par l'indifférence, l'apathie, la morosité; puis, affaiblissement progressif de l'intellect, aboutissant à l'hébétude;

3° *Troubles moteurs* : parésies partielles et incomplètes; ébauches d'hémiplégie; puis paralysies vraies, paralysies oculaires, monoplégies, et, comme terme à la fois le plus habituel et le plus grave, hémiplégie.

Rien de semblable, je le répète, avec l'épilepsie parasyphilitique. Voyez la différence!

III. — Troisième point : l'épilepsie parasyphilitique est une épilepsie *durable*, et durable en sa forme, durable en l'état, pour de longues années. Je vous disais à l'instant que je l'avais vue persister ainsi onze ans sur l'un de mes clients, lequel de plus m'a quitté alors que sa maladie battait son plein, par conséquent alors qu'elle était loin de tendre à résolution.

Eh bien, très différente est l'épilepsie symptomatique, qui mène un autre train, qui affecte une évolution bien plus hâtive. Celle-ci a bientôt fait d'aboutir à telle ou telle des trois terminaisons suivantes : ou bien la guérison, alors qu'intervient à temps un traitement énergique ; — ou bien la mort, au cas opposé ; — ou bien l'infirmité, la déchéance, caractérisée par l'hémiplégie incurable, l'hébétude, la démence et la mort. Sans compter que parfois elle se montre singulièrement expéditive en besogne, passez-moi le mot ; car quelques mois peuvent lui suffire à clore de la sorte son évolution.

IV. — Quatrième différence : l'épilepsie symptomatique est accessible à l'action du mercure et de l'iodure. Elle peut guérir, elle guérit même assez souvent, comme de nombreux exemples en témoigneraient au besoin. Et, d'autre part, même dans les cas moins heureux où elle aboutit à se compliquer de phénomènes cérébraux graves, on sent bien au cours du traitement, et cela de par quelques amendements temporaires, qu'il y a eu combat entre la maladie et le remède, que le remède avait prise sur la maladie, qu'il avait chance de succès, qu'il aurait pu mieux faire en des conditions meilleures, etc.

Avec l'épilepsie parasyphilitique, au contraire, rien, absolument rien de cela. Alors même que le traitement intervient dès les premiers temps, alors même qu'on met en œuvre une médication inten-

sive avec de fortes doses soit de mercure, soit d'iodure, soit de mercure et d'iodure associés, on ne produit *aucun effet thérapeutique*. J'ai vu, sur mes malades, des crises de grand ou de petit mal éclater soit en plein traitement, soit à la suite d'un traitement des plus énergiques. Je me suis entêté plus d'une fois; plus d'une fois j'ai repris la lutte de diverses façons. Efforts inutiles, peine absolument perdue. Il est positif que *cette forme d'épilepsie reste absolument réfractaire à l'action des remèdes antisyphilitiques*.

Un seul agent médicamenteux l'influence sans la guérir. C'est le bromure de potassium, ou, pour mieux dire, la médication bromurée. Avec le bromure ou le polybromure on obtient au moins un effet thérapeutique. Certes on ne guérit pas la maladie de la sorte (du moins ne suis-je jamais parvenu à ce résultat), mais on l'amende, on la contient, on réalise des sédations manifestes. De par le bromure (associé ou non à l'hydrothérapie), je suis arrivé à distancer les crises pour quelques semaines, plus rarement pour quelques mois. Exceptionnellement même on peut obtenir des rémissions plus prolongées[1]. Mais quant à une guérison

1. Ainsi, grâce au bromure administré d'une façon presque ininterrompue, un de mes clients, affecté d'une épilepsie de cet ordre ultra-féconde en accidents de petit mal, vient de passer *six mois* indemne de toute crise, à cela près d'un « tout petit accès qui n'a fait qu'apparaître et disparaître en un instant ». C'est là le plus beau succès que m'ait donné le bromure jusqu'à ce jour.

complète, je répète n'en avoir pas encore observé.

En voilà assez, je pense, Messieurs, pour vous édifier sur les différences profondes qui séparent l'épilepsie parasyphilitique de l'épilepsie symptomatique. Impossible, d'après cela, de laisser assimilés, confondus, deux types morbides aussi dissemblables, deux types dont l'un n'entre jamais en scène que pour y être bientôt suivi d'un cortège d'accidents cérébraux, tandis que l'autre persiste à l'état d'épilepsie pure et simple; — dont l'un se juge à brève échéance par une terminaison quelconque, heureuse ou néfaste, tandis que l'autre est éminemment durable et durable en sa forme; — dont l'un est accessible à la médication spécifique, tandis que l'autre s'y montre invariablement réfractaire. Manifestement il faut rompre cette union factice, et, d'accord avec la logique non moins qu'avec l'observation, restituer à chacun de ces types son indépendance, son autonomie, son individualité. En fin de compte, il faut dire ce qui est, ce qu'on voit en pratique, à savoir : qu'en fait d'épilepsie la syphilis réalise telle ou telle des modalités pathologiques que voici :

Tantôt des symptômes épileptiques qui, au même degré que la céphalée, les ictus apoplectiformes, les monoplégies, l'hémiplégie, les troubles d'intelligence, etc., sont symptomatiques d'une syphilis cérébrale en évolution;

Et tantôt une sorte d'épilepsie névrose, qui (à

l'instar de l'épilepsie névrose) reste ce qu'elle a été initialement, sans association consécutive avec d'autres accidents cérébraux.

Voilà le fait.

Eh bien, cette dernière modalité épileptique est précisément l'espèce morbide que, faute d'une appellation meilleure et dans l'ignorance où nous sommes de sa nature vraie, nous avons qualifiée d'*épilepsie parasyphilitique*.

Tout ce qui précède, Messieurs, ressort de la clinique et s'impose à nous comme un résultat d'observation. Mais là s'arrêtent nos connaissances sur l'espèce morbide en question. Ce que nous pourrions ajouter maintenant à son sujet ne serait plus que du domaine de l'hypothèse.

Ainsi, certes, il serait curieux, au point où nous en sommes, d'introduire actuellement un autre débat pour rechercher ce que peut être cette épilepsie parasyphilitique, après avoir établi ce qu'elle n'est pas. Mais sur quelles bases édifier une discussion de ce genre? D'une part, nous manquons d'autopsies. D'autre part, l'histoire clinique de cette espèce morbide n'est encore (je suis bien loin de me faire illusion sur ce point) qu'à l'état d'ébauche. Je vous ai dit ce que j'en savais d'après un certain nombre d'observations; mais des observations subséquentes ne viendront-elles pas ajouter à son histoire des éléments nouveaux, inattendus, ou même y apporter des rectifications?

L'essentiel, par exemple, serait d'être renseigné sur le point suivant : Cette épilepsie particulière est-elle le résultat *de lésions*, ou bien n'est-elle que le produit d'un *trouble dynamique* importé par la syphilis dans le cerveau ? Or, je le répète, nous n'avons pas de documents pour élucider la question. Tout ce qu'il nous est permis d'inférer sur le sujet par simple voie d'induction, c'est que vraisemblablement l'épilepsie parasyphilitique n'est pas le résultat de lésions ou de reliquats de lésions identiques à celles qui constituent la syphilis cérébrale, et cela pour les raisons suivantes :

1° Parce que, si elle était l'expression de lésions de cet ordre, elle devrait aboutir à l'ensemble symptomatologique complexe qui traduit nécessairement, fatalement, une lésion quelconque du cerveau ; — or, c'est là précisément ce qu'elle ne fait pas, puisqu'elle subsiste tout au contraire à l'état d'épilepsie pure et simple, sans annexion d'autres phénomènes cérébraux ;

2° Parce que, dans cette hypothèse, elle ne serait pas *durable*, durable surtout au degré qui la caractérise ; dans cette hypothèse, elle aurait, comme toute lésion cérébrale, une évolution bien plus hâtive, bien autrement précipitée.

3° Parce que, si elle résultait d'une lésion syphilitique, elle devrait ne pas se montrer aussi invariablement réfractaire à l'influence de la médication antisyphilitique ; etc., etc.

Pour ces motifs et d'autres encore, il n'est donc

guère vraisemblable qu'elle dérive d'une lésion syphilitique de l'encéphale.

Mais, en fin de compte, quelle est-elle donc? Cela, nous n'en savons rien, je suis toujours amené à vous le répéter. Et, quant à présent, tout ce que nous pouvons en dire se réduit à ceci :

C'est qu'à tous égards elle se rapproche de ces curieuses affections auxquelles on a appliqué, dans ces derniers temps, le qualificatif d'affections *para syphilitiques*. Elle s'en rapproche, en effet, à un triple point de vue : 1° en ce qu'étiologiquement elle procède, et cela d'une façon non douteuse, d'une origine syphilitique; — 2° en ce que, quant à ses symptômes (et, vraisemblablement aussi — nous le saurons quelque jour — quant à ses raisons anatomiques), elle ne présente rien qui appartienne en propre à la syphilis, rien qui soit dûment et exclusivement syphilitique); — 3° en ce qu'elle n'est pas influencée par le traitement antisyphilitique.

Bref, elle est à la syphilis ce qu'est à cette même maladie la syphilide pigmentaire, ce que lui est le tabes, ce que lui est la neurasthénie, ce que lui est la paralysie générale, etc.; c'est-à-dire qu'elle dérive de la syphilis *comme origine*, sans avoir la nature, l'essence d'une manifestation syphilitique.

Donc, au moins provisoirement, nous sommes conduits par la logique des choses à la considérer comme une affection *parasyphilitique*.

XXXIX

AMYOTROPHIE PARASYPHILITIQUE.

Je vous disais au début de ces conférences que la liste des affections parasyphilitiques était loin d'être close et que l'avenir nous réservait sans doute de voir quelques types nouveaux s'y adjoindre.

Je ne savais pas être si bon prophète. Car, ces derniers temps, un de mes plus distingués collègues et amis, M. le D[r] Raymond, vient de décrire une forme curieuse d'*amyotrophie progressive* d'origine syphilitique, laquelle semble bien, à tous égards, avoir sa place marquée dans le groupe des affections qui nous occupent[1].

Qu'est-ce donc, d'abord, que cette « amyotrophie progressive » de M. Raymond ?

Cliniquement, c'est une atrophie musculaire d'origine spinale; — atrophie progressive, envahissante, tendant à se généraliser; — atrophie rappelant bien, à vrai dire, comme physionomie d'ensemble et surtout comme aboutissant terminal, le type classique connu sous le nom de « type Aran-Duchenne », mais en différant essentiellement par

1. *Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques.* — Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 3 fév. 1893.

deux symptômes principaux, voire capitaux, à savoir : des phénomènes très accentués de *douleurs* et des phénomènes de *parésie localisée*, les uns et les autres servant de préludes à la fonte de chaque groupe musculaire.

En second lieu, comment et pourquoi cette amyotrophie spéciale vient-elle prendre place dans notre sujet? De par les trois raisons que voici :

1° Parce que, d'abord, il n'est pas douteux dès à présent qu'elle reconnaisse la syphilis comme cause originelle. Sur quatre cas, observés par MM. Vulpian et Raymond, quatre fois la syphilis se trouve dûment signalée dans les antécédents.

2° Parce que cette amyotrophie semble bien n'éprouver aucune influence, soit suspensive soit modificatrice, de la part des agents antisyphilitiques.

3° Parce que (au moins d'après la seule autopsie pratiquée jusqu'à ce jour) les lésions productrices de cette amyotrophie sont des lésions banales, vulgaires, n'offrant rien de spécifique, rien qu'on ne puisse rencontrer en dehors d'une étiologie spécifique.

A ces trois titres, donc, cette amyotrophie se présente à nous avec les allures, la physionomie d'une affection *parasyphilitique*.

Comme spécimen de cette nouvelle et curieuse entité parasyphilitique, je ne saurais mieux faire que vous citer l'observation suivante, laquelle a

été présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Raymond avec un grand luxe de détails cliniques, anatomiques, histologiques, etc., et avec toute une série de planches que je vais placer sous vos yeux.

Un jeune homme de 25 ans contracte la syphilis en 1874, et ne s'en traite qu'une dizaine de mois. Comme d'usage, il guérit provisoirement et en apparence. — Aussi bien, comme d'usage encore, est-il repris en 1883 d'une poussée de syphilis, sous forme de syphilides ulcéreuses disséminées. — En 1885, début de l'affection nerveuse qui va nous occuper, sous forme de douleurs lancinantes dans l'épaule droite, douleurs que l'on prend d'abord pour « du rhumatisme » ; — puis, bientôt après, crampes et contractures intermittentes dans les doigts et la main du côté droit. L'action d'écrire devient douloureuse, difficile, presque impossible. — En 1889, nouveau symptôme : diplopie droite, survenue subitement, et persistant deux mois. — Puis, à dater de ce moment, l'affection nerveuse s'affirme énergiquement par deux ordres de symptômes, à savoir : 1° *phénomènes douloureux*, consistant en douleurs lancinantes dans la région cervicale postérieure, dans le bras droit, dans les épaules, etc. ; — 2° *phénomènes parétiques*, voire presque paralytiques, affectant des localisations diverses : paralysie successive de tous les doigts de la main droite, qui commence à maigrir ; diffi-

culté pour relever la tête en arrière; paralysie de la corde vocale droite.

Et alors, invasion d'une *amyotrophie progressivement envahissante* jusqu'à *généralisation*.

Pour un certain temps, cette amyotrophie se localise dans le membre supérieur droit et la région postéro-supérieure du tronc. — Puis elle envahit le tronc et le membre supérieur gauche. — Puis elle se porte sur les membres inférieurs, sur le diaphragme, sur les muscles glottiques, etc. — Progressivement aussi elle s'exagère comme intensité de phénomènes et aboutit à décharner tout le corps, qui peu à peu « se change en un véritable *squelette* ».

Naturellement, alors, entrent en scène des symptômes de dyspnée, avec tirage sternal de plus en plus accusé, de dysphagie, d'aphonie, de difficulté de mastication, etc., etc.; le tout avec conservation absolue des autres grandes fonctions, notamment de la sensibilité et de l'intelligence. Le malade assiste ainsi en témoin conscient à la destruction progressive de son être, et finit par succomber aux progrès de l'asphyxie (avril 1890).

Pratiquée de la façon la plus minutieuse, l'autopsie révèle, sans parler des altérations musculaires, des lésions multiples, à savoir : lésions des méninges médullaires, qu'on trouve épaissies et opalines; — des racines antérieures, qui se présentent grêles et atrophiées; — des cornes antérieures, profondément altérées par diminution con-

sidérable des cellules ganglionnaires et par déformation de ces cellules, etc.; — des noyaux bulbaires; — des nerfs périphériques; — et surtout du système vasculaire. Tous signes, en effet, d'une *myélite vasculaire* diffuse et surintense. Ainsi : vascularisation générale de la moelle dans toutes ses parties; vaisseaux volumineux et gorgés de sang; artérioles offrant un volume excessif; production surabondante de vaisseaux de nouvelle formation; altérations vasculaires par infiltration des tuniques moyenne et externe; quelquefois même, dans les parties les plus atteintes, bourgeonnement de la tunique interne, avec oblitération du vaisseau, etc., etc. — Aussi bien l'auteur fait-il de ces altérations vasculaires les lésions principales et primordiales en l'espèce. « Il s'agit là, dit-il, d'une myélite vasculaire diffuse, et l'altération des vaisseaux semble dominer toute la situation. »

En ce qui concerne notre sujet actuel, qu'avons-nous à retenir du cas qui précède, comme aussi d'autres faits semblables cités par MM. Vulpian, Raymond et Rendu[1] ? Les deux points suivants :

I. — C'est, d'abord, que les lésions productrices

1. V. Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 3 fév. 1893.

A remarquer, dans le cas de M. Rendu, que l'envahissement de l'atrophie musculaire avait été également précédé (comme dans les cas de M. Raymond) de phénomènes douloureux au niveau des muscles et sur le trajet des nerfs périphériques.

de cette amyotrophie spéciale ne présentent rien de spécial, rien qui appartienne en propre à la syphilis. A cet égard, M. Raymond est absolument formel : « Cette myélite vasculaire diffuse, dit-il, est une lésion banale et n'offre *rien de spécifique*.... Elle ne comporte histologiquement aucun caractère spécifique.... — Les altérations vasculaires, notamment, auxquelles paraissent subordonnées en l'espèce les altérations des éléments nobles de la moelle, sont dépourvues de toute spécificité. » — « Et d'ailleurs, rien d'étonnant à cela, ajoute-t-il ; car c'est aujourd'hui une notion presque classique que la syphilis tertiaire peut engendrer dans les centres nerveux et principalement dans la moelle des lésions banales qui ne diffèrent en rien de celles qui reconnaissent une autre étiologie[1]. »

1. Communication orale. — Pour le Dr Raymond, les lésions médullaires de cet ordre seraient, en toute vraisemblance, des lésions *infectieuses*. « On n'a peut-être pas, dit-il, tenu suffisamment compte du rôle de l'*infection* dans le développement de certaines formes d'amyotrophies.... L'origine infectieuse de certaines polynévrites ne fait plus de doute pour personne. Pour certaines leucomyélites (scléroses diffuses consécutives à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives), pour certaines polyomyélites (paralysie infantile notamment), l'hypothèse d'une semblable origine est des plus vraisemblables.... Je me demande donc si chez mon malade, qui avait eu la syphilis, les lésions spinales de son amyotrophie ne sont pas des lésions syphilitiques de l'ordre que je viens de dire.... J'ajoute que l'expérimentation a fourni un commencement de preuves à l'appui de l'origine infectieuse de certaines amyotrophies. Dans un intéressant mémoire sur l'atrophie musculaire expérimentale, M. Roger a montré qu'en inoculant à des lapins des cultures d'un streptocoque provenant d'un érysipèle, dont la virulence s'était atténuée à la longue, on pouvait développer une maladie chronique

II. — C'est, en second lieu, que jusqu'ici, dans les cas de cet ordre, le traitement spécifique n'a paru exercer aucune action curative ni même suspensive sur la maladie. Le malade précité, par exemple, est resté soumis au traitement spécifique pendant deux ans, et vous avez vu quel a été le résultat de cette médication. Eh bien, il en a été de même dans toutes les observations connues. « Au reste, dit encore M. Raymond, rien de surprenant à cela ; car les myélites de cette variété, comme toutes

caractérisée par l'atrophie des muscles des membres postérieurs.... Après Roger, Gilbert et Lion ont réussi à développer des paralysies chez le lapin en inoculant le bacille d'Escherich, et ils ont trouvé également à l'autopsie des altérations très prononcées des cellules des cornes antérieures, etc. »

V. encore sur le même sujet : E. Poussard, *D'une amyotrophie spinale progressive chez les syphilitiques*, Thèses de Paris, 1893. — L'auteur de cet estimable travail insiste également sur ce point que « les lésions productrices de cette amyotrophie ne présentent aucun caractère spécifique ni macroscopiquement ni histologiquement ». — Pour expliquer le processus morbide, il met en cause lui aussi (tout le monde y arrive, paraît-il) les *toxines* de la syphilis. « Les lésions observées, dit-il, sont vraisemblablement le résultat d'une *artérite toxique*. L'agent infectieux serait représenté par la toxine sécrétée par la bactérie syphilitique et charriée par le sang, plutôt que par la bactérie elle-même. C'est probablement cette toxine qui, irritant les vaisseaux, en détermine l'altération.... Peut-être encore la toxine, amenée directement en contact avec les cellules de la moelle, exerce-t-elle son action nocive sur ces dernières en même temps que sur les vaisseaux » (p. 84).

A l'appui de cette interprétation, l'auteur invoque d'abord l'autorité de M. le Dr Marie, interprétant par « la présence d'un agent infectieux circulant dans les vaisseaux » la genèse du tabes, de la sclérose en plaques, de la paralysie infantile, de certaines méningites de l'enfance, etc. ». D'autre part, il rappelle les expériences célèbres de MM. Roux et Yersin reproduisant les paralysies diphtéritiques par l'injection d'un liquide de culture filtré et dénué de tout micro-organisme, etc.

celles qui paraissent être une conséquence éloignée de la syphilis, n'ont rien de spécifique, et sont simplement constituées par des lésions banales à marche continue. »

A ces deux titres, donc, l'amyotrophie spéciale en question serait, par rapport à la syphilis, le pendant exact du tabes ou de la paralysie générale d'origine syphilitique. Elle aussi, conséquemment, rentre dans notre cadre et semble bien d'ores et déjà devoir être considérée comme une affection d'ordre parasyphilitique.

XL

Les sept types pathologiques dont je vous ai entretenus jusqu'ici, Messieurs, constituent d'irrécusables exemples d'affections parasyphilitiques. Je les ai choisis à dessein, comme les plus formels et les plus démonstratifs, pour vous donner une idée de ce que peut faire la syphilis en dehors de ses manifestations propres ou directes, en dehors du bilan symptomatologique auquel on la restreint usuellement.

Maintenant, si j'avais l'obligation d'épuiser le sujet, d'autres types de même ordre me resteraient à mentionner. Mais ceux-ci, relativement aux précédents, ne sont encore que peu connus et incomplètement étudiés; peut-être même vous sembleraient-ils discutables et entachés de suspicion, de

par l'insuffisance des documents dont nous disposerions à leur égard. En sorte que je ne vous en parlerai pas. Prudemment, je préfère me borner aux types qui précèdent, types non sujets à caution, et cela en vue de ne pas compromettre une bonne cause par des allégations encore difficiles ou impossibles à légitimer.

Mais soyez sûrs, en tout cas, que l'étude inaugurée ici n'est encore qu'à l'état d'ébauche. Soyez sûrs que le cadre des affections parasyphilitiques ira s'élargissant et s'enrichira d'annexions nouvelles. Je ne crois pas trop m'aventurer en prédisant que certains états pathologiques, dont la nature intime n'est pas encore élucidée ou bien dont la connexion d'origine avec la syphilis peut rester sujette à controverses, viendront prendre place quelque jour à côté des types que je vous ai signalés jusqu'ici.

Ainsi, — simplement à titre de spécimens, et sans prendre d'engagements sur ce que j'ignore — je me risquerai à vous citer comme destinées vraisemblablement à rentrer dans la catégorie des types parasyphilitiques les affections suivantes :

I. — Le *diabète*, que l'on rencontre trop souvent en relation avec la syphilis pour qu'il n'y ait pas de lui à elle un certain lien pathogénique ;

II. — L'*hémoglobinurie*, qui, de l'aveu général, a si souvent une origine syphilitique;

III. — Le *tabes oculaire* (amaurose tabétique);

IV. — Le *tabes auriculaire*, où peut-être vient prendre place cette forme si terrible de surdité rapide, qui s'affirme et se complète en quelques semaines, pour résister ensuite à toutes les ressources de l'art[1] ;

V. — Certaines dermatoses de la période tertiaire, que j'ai signalées et décrites sous le nom d'*Érythèmes tertiaires*, que le professeur Unna (de Hambourg) a voulu rattacher à des troubles vaso-neurotiques et qu'il a rangées dans sa classe des « Neuro-syphilides », mais dont la nature, à vrai dire, reste encore indéterminée[2];

VI. — Peut-être encore l'*adénie*, que plusieurs fois déjà j'ai été frappé de rencontrer sur mes malades, et cela en des conditions où vraiment il était difficile d'en méconnaître l'affiliation à la syphilis;

VII. — Peut-être même certaines formes de la *leucoplasie buccale*, affection encore mal déterminée, mais assez connue cependant pour que déjà on puisse en présager le démembrement en espèces diverses;

VIII. — Peut-être même aussi une variété de *pelade dystrophique*;

1. V. P. Hermet, *Leçons sur les maladies de l'oreille*, Paris, 1892. — A. Delie, *Surdité et syphilis tertiaire tardive acquise ou héréditaire*, Annales des mal. de l'oreille, etc., 1893.

2. V. *Bulletin de la Société française de Dermat. et de Syph.*, 1888-93. — Unna (de Hambourg), *Neuro-syphilides et neuro-léprides*, Congrès international de dermat. et de syphil., 1889. — Brauman, *De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis*, Thèses de Paris, 1891.

Et j'en oublie; — ou plutôt je préfère ne pas même désigner ici certains types sur lesquels je suis encore plus incertain.

Mais tout cela, quant à présent, ce n'est encore que de l'hypothèse. Gardons-nous de confondre la science faite, élaborée, avec de simples matériaux d'étude pour la science *à venir*. Toutes ces affections que je viens de vous signaler — imprudemment peut-être — comme destinées à rentrer un jour dans le cadre des déterminations parasyphilitiques, nous ne les connaissons aujourd'hui que très imparfaitement, du moins quant à leurs relations possibles avec la syphilis. Il convient donc de n'en rien dire encore et de *savoir attendre*.

Aussi bien, sans en prendre plus souci quant à présent, abandonnerai-je ce point pour vous conduire sur un autre terrain.

Je viens d'étudier devant vous les manifestations parasyphilitiques dérivant de la syphilis acquise; laissons ce sujet pour l'instant, bien que certainement fort incomplet, et passons à la syphilis héréditaire qui, elle aussi, va nous fournir de nombreux et curieux exemples de l'influence parasyphilitique de la diathèse.

XLI

AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Contrairement à une croyance, à un préjugé qui n'est que trop accrédité dans le public médical, l'hérédité syphilitique ne se traduit pas exclusivement par des manifestations d'ordre syphilitique. Elle se traduit encore et tout aussi souvent, plus souvent même, dirai-je, par quantité de phénomènes qui, pour n'avoir plus, comme lésions et comme symptômes, l'apparence, l'allure, le cachet syphilitique, n'en sont pas moins des conséquences indéniables de la syphilis.

Je ne crains pas de vous le répéter encore, on croit trop que la syphilis, maladie spécifique, se restreint à des manifestations et à des lésions d'ordre spécifique. Erreur profonde, erreur d'anatomo-pathologistes exclusifs et à courte vue, erreur à laquelle l'observation inflige un démenti journalier. On a dit : « La syphilis ne fait que de la syphilis ». Illusion ! La syphilis fait autre chose que de la syphilis. Elle ne réagit pas seulement sur ses victimes en tant que maladie spécifique et de par son poison propre; elle réagit aussi sur elles en tant que maladie générale, et cela de par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme,

de par la crase humorale qu'elle modifie, de par le tempérament qu'elle affecte, la santé qu'elle altère[1], etc. Et ces influences d'un autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent souvent par telles ou telles manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis comme *origine*, n'ont cependant plus rien de syphilitique comme *nature*.

Je vous le disais dès le début de ces conférences, une des convictions qu'a le plus solidement implantées dans mon esprit l'étude assidue de la syphilis, c'est que cette grande maladie n'est pas seulement, exclusivement, une affection à symptômes et à lésions syphilitiques. Non, la syphilis n'est pas cela seulement. Je me la représente comme une individualité pathologique plus complexe. Je me la représente non seulement comme une intoxication spécifique, mais encore comme une maladie générale *vulgaire*, laquelle, à ce titre, peut faire tout ce que fait une maladie de ce genre. A ce titre, donc, c'est une maladie qui, par les réactions qu'elle exerce sur l'organisme, est susceptible d'éveiller, à côté de ses troubles propres, des troubles d'un autre ordre, par exemple de s'en prendre à ce qu'on appelle vulgairement et en bloc « la santé », d'amoindrir la résistance vitale, de retentir sur le développement de l'embryon et

1. Ces considérations et d'autres qui vont suivre ne sont énoncées ici que d'une façon toute sommaire. On les trouvera plus développées et légitimées, je pense, dans mes deux livres sur *l'Hérédité syphilitique* et la *Syphilis héréditaire tardive*.

de l'enfant, de créer des déchéances organiques et des prédispositions morbides, de constituer en un mot toute une catégorie d'accidents qui ne sont plus de la syphilis, je le veux bien, mais qui en sont des produits, des dérivés, et auxquels pour ce motif j'ai proposé d'appliquer le nom de *para-syphilitiques*.

Les accidents de ce genre n'ont plus rien, à coup sûr, de syphilitique comme essence, comme nature, et l'anatomo-pathologiste pourra bien, sur la table d'amphithéâtre, les récuser en tant que lésions ou manifestations d'ordre syphilitique. Mais n'importe; ils n'en sont pas moins syphilitiques *d'origine*, et cela parce qu'ils sont nés de la syphilis, issus de la syphilis, parce qu'ils se sont produits à son propos, de son fait, sous son influence, parce qu'en définitive, sans elle, ils n'auraient pas vu le jour. Et conséquemment, en raison même de leur filiation, le médecin ne saurait les distraire du dossier pathologique auquel ils appartiennent, c'est-à-dire les séparer de la syphilis qui en reste étiologiquement responsable.

Or, s'il en est de la sorte, si la syphilis est susceptible d'importer des perturbations à la fois aussi profondes et aussi complexes dans l'organisme, vous ne serez pas surpris que, par influence héréditaire, elle détermine également des troubles de même ordre, voire des troubles plus accentués. C'est en effet ce qui a lieu.

Je vais donc vous montrer maintenant que ce dont est capable la syphilis acquise en tant que conséquences parasyphilitiques, la syphilis héréditaire le réalise également et même le réalise parfois sous des formes bien autrement saisissantes, surprenantes même, inattendues.

C'est ainsi que fréquemment, très fréquemment, on voit l'hérédité spécifique se traduire par tels ou tels des phénomènes pathologiques que voici :

I. — *Cachexie fœtale*, ou incapacité vitale du fœtus, véritable *inaptitude à la vie* du produit de conception, véritable déchéance originelle, se manifestant de diverses façons, à savoir :

Soit par la mort du fœtus *in utero* (d'où ces avortements, ces accouchements avant terme, si fréquents dans la syphilis héréditaire qu'ils en constituent un des modes d'expression les plus habituels);

Soit par la naissance d'enfants prodigieusement chétifs et misérables, véritables avortons que la mort attend à bref délai;

Soit, enfin, par la naissance d'enfants en apparence plus résistants, mais en réalité si chétifs et vitalement appauvris que, pour la plupart, ils sont emportés par la moindre maladie incidente, que certains même meurent inopinément, sans cause, sans raison, meurent « de rien », suivant le terme ici consacré[1].

1. De très nombreuses statistiques ont été publiées sur ces divers

II. — *Troubles dystrophiques généraux ou partiels*, s'aeeusant par de curieux retards et de non moins étonnants arrêts de développement, à savoir :

Lenteur de eroissanee générale; — lenteur dans l'évolution des dents; — retard dans les fonetions de loeomotion; — retard dans l'avènement de la puberté et de la virilité, dans le développement des seins, dans l'apparition des règles, de la barbe et des poils génitaux, ete.

Chaeun sait, en effet, que quantité d'enfants

points. Voici les micnnes, que je reproduirai ici sommairement. (On en trouvera le détail dans mon livre sur l'hérédité syphilitique.)

I. — Pratique de ville. — Cinq cents ménages entachés de syphilis ont fourni un total de 1127 grossesses, lesquelles se s on terminées de la façon suivante :

1° *Heureusement*, e'est-à-dire par naissanee d'enfants sains et survivants.	600 fois
2° *Malheureusement*, e'est-à-dire par avortements, morts préeoecs, infection syphilitique des enfants, dégénérescenecs diverses, ete.	527 —
Et, au détail, ces 527 grossesses à résultats malheureux se répartissent ainsi :	
Avortements.	230 —
Morts (généralement peu de temps après la naissance, et soit par syphilis, soit par affections parasyphilitiques, par débilité native, etc.)	245 —
Enfants syphilitiques survivants . . .	38 —
Dégénérés (hydroeéphales, arriérés, idiots, etc.)	14 —
	527

D'où il suit :

1° Que la proportion des grossesses à résultats malheureux a été de 46 o/o;

2° Et que la proportion de mortalité infantile a été de 42 o/o.

Une hérédité morbide qui aboutit à tuer 42 enfants sur 100, quel

hérédo-syphilitiques sont particulièrement remarquables à ces divers points de vue. Ces enfants, d'une façon assez habituelle, grandissent lentement et péniblement; — ils font leurs dents sur le tard; — ils ne commencent à marcher et à parler que tardivement, etc., etc.; — comme si (ce qui n'est que trop vrai en l'espèce) le développement de tous leurs systèmes était entravé par un vice organique, par une insuffisance native de la nutrition.

résultat lamentable, néfaste, désolant! — Et c'est bien autre chose encore à l'hôpital, comme on va le voir.

II. — Pratique hospitalière.

1° Une statistique, que j'ai dressée autrefois à Lourcine et qui porte sur les sept années que j'ai passées dans cet hôpital, m'a fourni le chiffre terrifiant de *quatre-vingt-six enfants morts* sur cent grossesses.

De même, un de nos très distingués confrères, M. le Dr Coffin, observant lui aussi à Lourcine, a vu 28 grossesses de femmes syphilitiques aboutir à ceci :

27 enfants morts;
1 seul survivant.

2° A l'hôpital Saint-Louis, 148 grossesses de femmes syphilitiques m'ont fourni les résultats suivants :

125 enfants morts; — et 23 survivants.

D'où, comme proportion de mortalité : 84 o/o.

Ces divers chiffres et tant d'autres que j'aurais à citer attestent avec une éloquence indéniable l'influence énergiquement meurtrière qu'exerce le vice hérédo-syphilitique sur le produit de conception et sur l'enfant. La vérole *tue les jeunes*, comme on l'a dit, et les tue par véritables *hécatombes*. Elle est, de toutes les maladies, celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge.

Or, elle n'est pas seulement meurtrière par le fait de lésions syphilitiques; elle l'est aussi et souvent, très souvent, de par son action indirecte, de par son influence *parasyphilitique*, ainsi qu'on le verra par ce qui va suivre.

Chacun sait de même aujourd'hui que, non pas constamment, mais fréquemment, les syphilitiques héréditaires demeurent, à l'âge adulte, de petits hommes ou de petites femmes, des êtres grêles de formes, réduits de toutes proportions, ratatinés, rabougris, atrophiés. Si bien qu'à 18 ou 20 ans ils semblent encore des enfants et « trompent sur leur âge », comme on dit vulgairement. En un mot, ce qu'on appelle l'*infantilisme* est un des traits les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire.

De même encore la syphilis héréditaire réalise d'une façon assez commune de curieuses *dystrophies partielles* portant sur certains organes, comme sur les testicules, qui se présentent petits, très petits, voire rudimentaires; — sur les seins qui ne se développent pas; — sur les ovaires, qui peuvent ne pas contenir de vésicules de De Graaf; — sur les os, qui restent pauvres en éléments nobles (phosphate de chaux, carbonate de chaux, osséine), et tout au contraire se surchargent de substances indifférentes[1]; — sur le cerveau, dont l'évolution se trouve matériellement enrayée, etc. Ainsi, en ce qui concerne ce dernier organe, c'est un fait aujourd'hui démontré (même par l'anatomie pathologique) que l'influence héréditaire de la syphilis est susceptible de créer des

1. Voir, à ce sujet, les intéressants résultats auxquels a abouti mon savant ami le Dr A. Robin, d'après l'analyse chimique d'os provenant d'enfants hérédo-syphilitiques. (V. *Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis*, par A. Fournier, Médecine moderne, 1890.)

enfants à développement intellectuel insuffisant, des enfants « *arriérés* », comme on les appelle poliment, des « simples d'esprit », des imbéciles; et il n'est même pas rare de la voir se traduire par une déchéance encore plus accentuée des facultés intellectuelles, déchéance confinant et aboutissant à l'idiotie.

III. — *Malformations congéniales.* — Pour certains observateurs, pour M. le professeur Lannelongue, par exemple, et pour moi, l'hérédité syphilitique peut servir d'origine à diverses malformations congéniales, telles que : malformations des membres; — pied bot; — malformations des doigts; — spina bifida; — division de la voûte palatine; — bec-de-lièvre; — asymétrie crânienne; — microcéphalie; — hydrocéphalie, etc.[1]. A coup sûr, toutes ces conséquences possibles de l'hérédo-syphilis ne sauraient encore être données comme formelles et irrécusables; mais elles sont, je crois pouvoir le dire, en voie de démonstration.

IV. — *Prédispositions morbides.* — Ce qui est non moins avéré, ce qui ressort même, dirai-je, en

1. On a décrit encore, comme se rattachant à la syphilis héréditaire, une maladie « qui, anatomiquement, semble bien résulter d'un non-développement des cordons antéro-latéraux de la moelle, et, pathologiquement, se caractérise par des retards dans les fonctions des membres et par des troubles trophiques. »

Ce serait là, certes, un curieux chapitre à ajouter aux malformations et aux arrêts de développement de l'hérédo-syphilis. Mais toute conclusion est encore interdite par absence de documents anatomiques.

V. Gardié, *Non-développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle*, Thèses de Paris, 1889.

toute évidence de l'observation clinique, c'est que l'hérédité syphilitique, en raison sans doute de l'état d'appauvrissement relatif qu'elle inflige à l'organisme, constitue une prédisposition puissante à diverses maladies.

Il est incontestable, par exemple, que les enfants hérédo-syphilitiques sont essentiellement sujets aux affections du système nerveux. Un très grand nombre meurent de convulsions ou de méningite.

De même, si l'hérédité syphilitique ne fait pas le rachitisme, comme l'avait prétendu le regretté Pr Parrot, il est certain qu'elle y prédispose d'une façon puissante (sans doute encore par dyscrasie native) et qu'elle en constitue un des principaux affluents.

De même encore on a remarqué de vieille date la fréquence des *affections scrofulo-tuberculeuses* chez les enfants issus de souche syphilitique, et l'on a maintes fois discuté sur la transformation possible de la syphilis en scrofule. Cette transformation, aujourd'hui, ne saurait être un instant soutenue, surtout depuis la découverte du bacille de Koch. Mais il n'en est pas moins certain que le terrain syphilitique est éminemment propice à la culture de ce bacille ; car, de par les statistiques, de par l'observation contemporaine qui n'a fait que confirmer sur ce point les résultats de nos prédécesseurs, il est indéniable que les hérédo-syphilitiques paient un large tribut aux diverses

manifestations de la scrofulo-tuberculose, notamment aux affections osseuses (mal de Pott, coxalgie, etc.), voire au lupus tuberculeux [1].

Sans compter, enfin, que les plus privilégiés, les plus épargnés parmi les hérédo-syphilitiques, sont fréquemment des sujets remarquables par une constitution nativement appauvrie, délicate, chétive, par une teinte grisâtre et terreuse de la peau qui souvent les signale à l'attention des médecins, par une tendance marquée et bien connue au lymphatisme et aux affections d'ordre lymphatique, etc.

Cela dit d'une façon générale, reprenons maintenant quelques traits du tableau précédent qui demandent à être étudiés de plus près.

XLII

INFLUENCE DYSTROPHIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS.

Une des modalités parasyphilitiques qu'affecte le plus souvent la syphilis dans ses manifestations héréditaires, c'est l'*influence dystrophique,* se caractérisant sur divers systèmes par des processus de formation incomplète, d'insuffisance de développement, d'arrêts de développement, etc.

Quel plus bel exemple choisir en l'espèce que ce-

1. La syphilis « *fait du lupus* », dit-on à l'hôpital Saint-Louis, en ce sens qu'elle *y* prédispose nativement, qu'elle lui constitue un terrain favorable.

lui des *malformations dentaires* d'origine hérédo-syphilitique? En quelques mots, donc, laissez-moi vous rappeler ce que réalise l'hérédo-syphilis sur le système dentaire.

I. — D'abord, *retards* plus ou moins notables dans l'évolution générale du système (dents ne commençant à pointer que vers l'âge de 10, 12, 14, 15 mois, quelquefois même plus tard encore).

II. — En second lieu, *malformations* dentaires, généralement multiples et symétriques, comportant de très nombreuses variétés, à savoir : Érosions en cupules, à facettes, à sillon unique, à sillons multiples (dents en gradins), en nappe (dents en gâteau de miel), etc. ; — atrophies cuspidiennes ; — dents à échancrure semi-lunaire, ou type d'Hutchinson ; — dents en tournevis, etc., etc.[1].

III. — *Microdontisme* ; — voire *nanisme* dentaire.

IV. — *Amorphisme* dentaire, caractérisé par des déviations de type et des anomalies, des bizarreries de configuration, aboutissant parfois à de véritables monstruosités (dents en cheville, en fer de hache, dents absolument informes, etc.).

V. — *Vulnérabilité* du système dentaire, se traduisant par l'usure précoce (dents « courtes », dents en plateau, dents « de vieux »), par l'inva-

1. Voir mon livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*, p. 70 à 146, pour la description de toutes ces variétés, comme aussi des diverses anomalies qui vont suivre.

sion rapide de la carie, la destruction et la caducité prématurées.

VI. — Ajoutez enfin à ces chefs principaux quelques particularités d'observation plus rare, telles que, par exemple, irrégularités d'implantation et de disposition réciproque; — anomalies ou arrêts de développement des arcades dentaires; — absence permanente de certaines dents, etc.

Toutes ces curieuses malformations du système dentaire, qui servent si utilement à éclairer le diagnostic rétrospectif de la syphilis héréditaire tardive, je vous les ai décrites *in extenso*, Messieurs, dans une série de conférences antérieures. Je les juge donc connues de vous et me bornerai ici au simple énoncé qui précède.

Mais il est un point sur lequel, à leur propos, je dois insister actuellement, en le recommandant à votre attention. C'est que de tout cela rien n'est syphilitique d'essence, de nature. C'est que, dans tout cela, il n'est rien qui appartienne en propre à la syphilis. La syphilis s'approprie ces lésions, ces anomalies de développement, ces dystrophies, et se les approprie même souvent, plus souvent que ne le fait pour son compte n'importe quelle autre maladie. Mais toutes ces lésions n'en restent pas moins des lésions de nature *banale*, n'ayant avec la syphilis qu'un lien d'origine et non de nature. Ce sont donc là, purement et simplement, des lésions *parasyphilitiques*.

Et, en effet, qu'est-ce donc en définitive, pour prendre un exemple, qu'une érosion dentaire, comme qualité, comme espèce de lésion? C'est une lésion *de nutrition*, et pas autre chose. Le mécanisme de cette érosion, nous le connaissons actuellement; nous savons qu'il consiste en une interruption accidentelle et momentanée survenue dans le processus normal de dentification. A une certaine étape de son évolution, la dent n'a plus reçu la somme de matériaux nutritifs indispensable à sa formation intégrale et correcte; comme conséquence, elle s'est constituée vicieusement, incomplètement, et ce trouble nutritif, cet arrêt de développement s'est alors inscrit, imprimé sur la couronne dentaire par une *zone atrophique*, laquelle n'est autre que l'érosion.

Or, *a priori*, serait-il possible d'admettre que la syphilis ait *seule* le privilège de déterminer un trouble nutritif vers le système dentaire? Manifestement, non, de par le simple bon sens.

Et, d'autre part, *a posteriori*, n'est-il pas démontré par la clinique que l'érosion dentaire est susceptible de dériver de causes étrangères à la syphilis, de causes autres que la syphilis? Que de fois ne l'a-t-on pas rencontrée sur des sujets non syphilitiques et issus de parents non syphilitiques! Au point que des citations particulières seraient ici superflues. On l'a même rencontrée, lors de fouilles pratiquées dans un vieux cimetière gallo-romain, sur la mâchoire d'un jeune Franc de l'é-

poque mérovingienne[1], époque où l'humanité (quoi qu'on en ait pu dire) était encore exempte de la vérole. On l'a même rencontrée sur les animaux (bœuf, chien), qui ne sont pas susceptibles de vérole[2].

A cela s'ajoute encore un témoignage des plus curieux que je me garderai d'omettre, tant il est de nature à vous convaincre une fois de plus que la syphilis réalise souvent des lésions qui ne sont en rien de nature syphilitique. Le voici.

Dans ces derniers temps plusieurs observateurs, notamment notre distingué collègue M. le D[r] Bourneville et son élève M[e] Alice Sollier[3] ont publié de très intéressants travaux sur l'état du système dentaire chez les *idiots*. Or, comparez, je vous prie, le résumé que je vous présentais tout à l'heure relativement aux malformations de ce système chez les hérédo-syphilitiques à ce qu'on observe chez les idiots de naissance, et vous serez frappés de l'identité des résultats constatés de part et d'autre. Jugez-en.

D'après M. Bourneville et M[e] A. Sollier, ce qu'on observerait dans l'idiotie congénitale comme arrêts de développement, anomalies ou lésions de l'appareil dentaire, consisterait surtout en ceci :

1. V. *Syphilis héréditaire tardive*, p. 111, où cette curieuse mâchoire se trouve figurée.

2. *Ibidem*, p. 110.

3. *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés*, Thèses de Paris, 1887.

« 1° *Retards d'évolution*, à savoir :

Retard de la première dentition (dans un quart des cas);

Retard de la deuxième dentition (dans plus d'un tiers des cas).

2° Toutes variétés d'*érosions dentaires* (réserve faite toutefois — et ceci nous touche de près — pour l'échancrure semi-lunaire, pour l'encoche en coup d'ongle, en un mot pour la dent dite d'Hutchinson, que les aliénistes paraissent n'avoir jamais rencontrée sur leurs malades); — toutes variétés, disais-je, d'érosions dentaires, à savoir :

Érosions en cupule;

Érosions en sillons { soit verticaux, soit transversaux;

Érosions en nappe;

Érosions en crénelures, atrophies cuspidiennes, etc.; — et toutes érosions se produisant, sinon toujours, au moins le plus habituellement, d'une façon symétrique; — en tout cas, érosions multiples, affectant d'une façon à peu près symétrique les dents homologues, et attestant, à l'exclusion d'une cause locale véritablement inadmissible, l'influence évidente d'une cause générale.

3° *Anomalies de volume*, *de taille*, se traduisant :

Soit par la réduction de la dent, qui se présente amoindrie dans tous ses diamètres; — voire par le *nanisme dentaire*, aboutissant à une dent toute petite, exiguë, presque rudimentaire;

Soit (ce qui paraît beaucoup plus commun chez les idiots que chez nos malades) par un excès de volume plus ou moins considérable de la dent, par ce que les aliénistes appellent le *géantisme dentaire.*

4° *Amorphisme dentaire*, caractérisé par l'état de dents qui s'écartent de leur configuration physiologique pour affecter une autre forme, une forme quelconque, parfois très bizarre, parfois même véritablement monstrueuse.

5° *Vulnérabilité dentaire,* se traduisant par la fréquence et la précocité des altérations dentaires, telles que l'usure, la carie, l'incrustation par le tartre ;

6° Anomalies très fréquentes d'*implantation* et de *direction* des dents.

7° Anomalies d'*articulation des deux rangées dentaires*, c'est-à-dire d'engrenage entre les arcades supérieure et inférieure.

8° Enfin, malformations de la *voûte palatine*, qui se projette en ogive vers les fosses nasales, etc. »

Eh bien, à cela près de certaines différences d'ordre secondaire qu'il n'est pas dans mon sujet de relever ici, n'est-ce pas là le pendant, la reproduction exacte de ce que nous avons fréquemment l'occasion de constater chez nos malades hérédo-syphilitiques?

Et du rapprochement de ces deux ordres de cas ne ressort-il pas aussitôt une conclusion qui s'impose? A savoir : que, de part et d'autre, chez les

hérédo-syphilitiques et chez les idiots, c'est un processus de même ordre qui préside à ces malformations dentaires.

Ce processus, en définitive, quel serait-il donc?

On a dit parfois : « C'est là un processus *de dégénérescence*; c'est là une de ces déviations organiques qui sont d'observation commune chez les dégénérés. »

M. Magitot, par exemple, a formulé cette conclusion : « que les perturbations du système dentaire appartiennent à des individus en puissance *tératologique* complexe et représentant un degré plus ou moins avancé de dégradation de race ».

Processus de dégénérescence, je le veux bien. Mais ce mot ne traduit qu'une étiologie éloignée et non un mécanisme. En sorte que, plus modestement et plus prudemment, il vaut mieux dire, je pense, en s'en tenant aux données de l'observation clinique : C'est là un processus de *dystrophie* et de dystrophie commune, banale; c'est là le résultat d'un trouble nutritif survenu, sous une influence morbide, dans le système dentaire.

XLIII

Eh bien, ce trouble trophique d'un système n'est pas un fait isolé dans l'histoire de l'hérédo-syphilis. Bien au contraire, ce n'est là qu'un trait

particulier dans un tableau qui abonde en phénomènes cliniques de même ordre. Il me reste en effet à vous montrer dans ce qui va suivre l'influence hérédo-syphilitique se traduisant par toute une série de faits analogues ou semblables, à savoir par des arrêts ou des imperfections de développement, qui tantôt vont porter isolément sur tel ou tel organe et tantôt affecteront d'ensemble tout l'être, tout l'individu. Il me reste surtout à vous montrer comment cette action dystrophique est susceptible quelquefois, dans ses formes suprêmes, de se généraliser, de s'intensifier, au point d'aboutir soit à l'étiolement, l'abâtardissement, la dégénérescence de l'individu, soit même à l'incapacité vitale, à la mort par dystrophie native.

Tous sujets, à coup sûr, bien dignes à divers égards de notre étude et de nos méditations; tous sujets qui, en ce qui nous concerne spécialement ici, vont nous représenter ce dont est capable la syphilis rien que par ses conséquences parasyphilitiques.

Voyons, en premier lieu, ce que réalise ou peut réaliser l'hérédo-syphilis relativement au *développement physique*.

Il est absolument certain que l'hérédo-syphilis se traduit en maintes occasions par des retards ou des arrêts du développement physique. — De cela voici la preuve.

Tout d'abord, interrogez les familles à enfants

syphilitiques sur la façon dont ces enfants se sont développés, et demandez surtout comment ils ont grandi. Très souvent vous apprendrez ceci : que ces enfants n'ont grandi que *lentement* et *tardivement*; — que, de plus, leur développement a « traîné en longueur », comme s'il était enrayé et frappé d'inertie; — que, d'autre part, ils n'ont *marché que tardivement*, longtemps après l'époque où d'habitude se font les premiers pas ; — qu'enfin ils n'ont « percé leurs dents » et commencé à parler que sur le tard.

Exemples :

Un malade de nos salles ne marchait pas encore et même ne se soutenait que difficilement sur ses jambes à l'âge de dix-sept mois.

Un malade, cité par M. Jackson, ne commença à marcher qu'à l'âge de deux ans.

Un autre ne marcha qu'à vingt-cinq mois, et n'ébaucha quelques paroles qu'à deux ans et neuf mois.

Dans une belle observation de MM. Barthélemy et Parinaud, relative à une syphilis cérébrale qui simulait une méningite tuberculeuse, nous voyons une enfant née d'une mère syphilitique ne commencer à parler qu'à deux ans et à marcher que vers vingt-sept ou vingt-huit mois.

Et de même pour tant et tant d'autres exemples que j'aurais à citer.

Poursuivons. — Au delà du premier âge, la

croissance de ces mêmes sujets (si active usuellement à cette période de la vie) ne s'effectue que péniblement, avec une lenteur extrême, comme si (ce qui n'est que trop vrai, d'ailleurs) elle était entravée par un vice organique.

Et, finalement, à une période où la croissance est accomplie et parvenue à son taux définitif, ces sujets se présentent avec une *taille petite*, exiguë, au-dessous et souvent bien au-dessous de la moyenne ordinaire. Si bien qu'à l'âge adulte ce sont de *petits hommes* ou de *petites femmes*.

Au surplus, je puis parler chiffres en main. J'ai fait mesurer les six derniers malades hérédo-syphilitiques que nous avons eus dans nos salles, et voici ce que nous avons obtenu :

	Age.	Taille.
1er cas : jeune homme.	18 ans	1m,50
2e cas : jeune homme.	19 —	1m,43
3e cas : jeune fille . .	16 —	1m,42
4e cas : femme. . . .	19 —	1m,36
5e cas : jeune fille . .	17 —	1m,35
6e cas : femme. . . .	18 —	1m,33

Les deux malades des observations III et IV ont été pesées. Elles avaient pour poids, l'une 40 et l'autre 36 kilos.

D'autre part, les sujets en question sont généralement *grêles de formes*. Ils ont le corps petit et les membres petits; ils semblent réduits de toutes proportions et, passez-moi le mot, comme *étriqués* dans tout leur être.

Ce n'est pas tout. Coïncidemment avec cette lenteur ou cet arrêt de croissance, le retard du développement se traduit encore par divers caractères curieux, tels que les suivants :

S'il s'agit d'un garçon : testicules restant petits, rudimentaires, semblables à ceux d'un enfant, *infantiles*, comme nous les appelons entre nous ; — barbe se faisant longtemps attendre, restant longtemps à l'état de follets blonds, grêles, rares, clairsemés ; — même retard pour le développement des poils périgénitaux ou axillaires, comme aussi (même à un degré supérieur) pour ceux du corps ou des membres ; — en un mot, *virilité tardive*, lente à s'accentuer.

De même, s'il s'agit d'une fille, retard du développement des *seins*, et souvent même absence de développement de ces organes ; — retard dans l'établissement des *fonctions menstruelles* ; règles ne commençant à paraître qu'à l'âge de dix-sept, dix-huit, dix-neuf ans, et même plus tard encore ; — retard parallèle dans le développement des *poils* ; régions génitales et axillaires restant glabres bien au delà de la puberté.

Comme exemple, rappelez-vous une jeune fille entrée dans nos salles pour divers accidents de syphilis héréditaire. Bien qu'elle eût 18 ans, ses seins représentaient ceux d'une fillette de 10 ans ; — ses règles n'avaient pas encore paru ; — et les régions génitales étaient presque absolument glabres.

De sorte qu'au total les sujets que poursuit une influence syphilitique héréditaire *restent longtemps des enfants*. Aussi bien paraissent-ils toujours *plus jeunes* qu'ils ne le sont et trompent-ils sur leur âge, suivant l'expression vulgaire.

Eh bien, il est un mot qui résume tous ces caractères, et ce mot, que vous avez déjà prononcé à part vous, est celui d'INFANTILISME.

L'infantilisme, en effet, est un des traits principaux qui composent la physionomie de la syphilis héréditaire. Ce n'en est pas un caractère constant, à coup sûr, mais c'en est un caractère assez habituel.

Laissez-moi vous en citer quelques exemples.

Hutchinson et H. Jackson parlent d'un jeune homme affecté de syphilis héréditaire, lequel, à dix-huit ans, « semblait en avoir quatorze ou quinze ».

Lewin, relatant un cas de syphilis héréditaire tardive, dit que son malade, jeune homme de dix-huit ans, faisait l'impression d'un enfant « de douze à quatorze ans ».

Klink cite un cas semblable, relatif à un jeune homme de dix-neuf ans, « qui semblait en avoir douze ».

Laschkewitz (de Charkow) « n'aurait pas donné plus d'une douzaine d'années à l'une de ses malades âgée de vingt-trois ans ».

Duncan Bulkley, dans la relation d'un cas observé

sur une jeune fille également âgée de vingt-trois ans, dit que cette malade était « absolument non développée », qu'elle n'avait rien de son âge ni comme taille, ni comme habitus général, et qu'on lui eût donné « onze à treize ans au plus ».

Il y a plus, mais ceci devient une rareté. On a vu quelquefois, sur les sujets affectés de syphilis héréditaire, le développement physique rester plus incomplet encore que dans les cas précédents. Si bien qu'alors on a affaire à des individus qui sont remarquablement petits et grêles de toutes proportions, qui semblent ratatinés, rabougris, atrophiés, et sur l'âge desquels on commet des erreurs considérables.

A preuve, parmi divers exemples que je pourrais citer, le cas suivant :

Il y a quelques années, une dame se présente à mon cabinet de consultations, me disant qu'elle vient réclamer mes soins non pour elle, mais pour sa fille qu'elle m'amènera le lendemain. Elle me raconte alors, avec force larmes, « qu'elle a gagné la syphilis de son mari ; qu'elle s'est aussitôt séparée de lui judiciairement, mais pas assez tôt pour avoir échappé à une grossesse, et qu'elle a donné le jour à une fille qui a vécu, qui vit encore, mais qui est entachée de syphilis. Dès les premières semaines qui ont suivi sa naissance, cette enfant a présenté divers accidents qui ont été jugés spécifiques et traités comme tels. Plus tard, d'autres

manifestations de même ordre se sont produites : kératite, lésions de la gorge, exostose, etc. ; et, tout récemment encore, des lésions nouvelles viennent d'affecter derechef plusieurs os. »

Le lendemain, l'enfant m'est amenée. A première vue, je lui donne 6 à 7 ans ; elle en avait 14 ! Sa taille (que, par respect pour l'affliction de la mère, je n'ai pas osé mesurer) était dérisoirement petite. Le corps et les membres se présentaient à l'avenant. Les bras, par exemple, maigres, fluets, sans reliefs musculaires, avaient positivement la forme et le diamètre d'un manche à balai. Le tronc était osseux, émacié, aplati d'un côté à l'autre, et saillant en carène à sa partie antérieure. D'allure et d'ensemble, l'enfant semblait presque un « bébé », tant elle était grêle de toutes proportions, comme atrophiée d'une façon générale, comme réduite, ratatinée, étriquée de toute sa personne.

Enfin, les choses peuvent-elles aller plus loin ? La réduction de la taille et l'exiguïté des formes peuvent-elles s'abaisser jusqu'au *nanisme* ? En autres termes, l'hérédo-syphilis fait-elle des *nains* ?

Cela, m'empresserai-je de dire tout d'abord, je n'en sais rien. Toutefois, sans que je me sois livré à des recherches spéciales sur ce point, deux faits qui sont venus à ma connaissance sembleraient permettre de répondre à la question par l'affirmative.

Je dois le premier à un clinicien dont le talent

et la rigueur d'observation sont appréciés de tous, M. le professeur Guyon. Le voici, sommairement.

Un sujet, que très rigoureusement on peut qualifier de *nain* et qui est aujourd'hui âgé d'une vingtaine d'années, est issu d'un père et d'une mère ne présentant absolument rien que de normal comme taille, comme constitution, comme santé. Il appartient, de plus, à un milieu bourgeois, aisé, d'où sont exclues toutes causes de dépression et de déchéance organique. Or, son père a été affecté de syphilis peu de temps avant de se marier et ne s'est traité que d'une façon très incomplète. A part cela, rien, absolument rien comme étiologie de ce nanisme. Enquête ouverte et minutieusement poursuivie sur les origines possibles de cet arrêt de développement, M. Guyon n'a trouvé qu'une *seule* cause à laquelle il pût être rationnellement imputé, à savoir l'influence hérédo-syphilitique. « Pour moi, me disait encore ces jours-ci mon éminent collègue, c'est là, bien probablement, *un cas de nanisme par hérédo-syphilis.* »

Quant au second fait, voici comment j'en ai eu connaissance.

Il y a quelques semaines, un de mes anciens internes, actuellement accoucheur distingué des hôpitaux, le Dr Porak, vient me rendre visite ; et, sortant un crâne de sa poche, il me le présente en me disant : « Je crois que je vais vous rendre heureux. En tout cas, je viens vous demander votre

avis sur ce crâne, précieux entre tous, qui appartient à la collection du Muséum et qu'on a bien voulu me prêter pour quelques jours. Que pensez-vous des lésions qu'il porte? Je vous dirai ensuite ce dont il s'agit. »

J'examinai donc ce crâne, et non sans étonnement. Je l'examinai longuement, fort intrigué, et, après mûre investigation : « C'est bien étrange, répondis-je, ce que vous m'apportez là. Je vois un crâne qui, par ses dimensions, semble une tête d'enfant, et, par ses sutures, une tête d'adulte. Je ne comprends vraiment rien à cela.

« Mais, ce que je comprends, ce que j'affirme, est ceci : c'est là un crâne de syphilitique et de syphilitique héréditaire. Car je vois là, sur les deux bosses pariétales, une lésion qui constitue un reliquat d'ostéome gommeux — type admirable même en son genre — et qui, de par son siège, sa symétrie parfaite, sa limitation exacte aux deux pariétaux, répond absolument à la caractéristique des lésions osseuses hérédo-syphilitiques, si bien formulée par mon pauvre ami Parrot. Conséquemment, sans contestation possible, je crois, c'est là un crâne d'hérédo-syphilitique[1]. »

1. Les détails d'examen de cette pièce (détails que je passe sous silence), rapprochés du procès-verbal d'autopsie, ne sauraient vraiment laisser de doutes sur la qualité spécifique des lésions crâniennes. Il s'agissait là, bien évidemment, d'un ostéome gommeux qui, pour n'être pas dénommé, n'en est pas moins reconnaissable aux particularités signalées par l'observateur. Qu'on en juge par l'extrait suivant.

« Les deux pariétaux avaient au moins six lignes d'épaisseur

— Alors, donc, soyez heureux, reprit M. Porak; car voilà qui s'accorde parfaitement avec vos idées sur l'infantilisme, la réduction de la taille, les arrêts de développement, etc., en tant que résultats possibles de l'hérédo-syphilis. Ce crâne, en effet, est celui d'un nain, et d'un nain que j'avais, comme vous, taxé d'une tare hérédo-syphilitique. Bref, ce crâne est celui de Bébé, du fameux Bébé. »

Or, Bébé, vous le connaissez tous, messieurs; car c'est, de vieille date, un hôte de notre École de médecine. C'est lui qui, avec ses habits authentiques, sous forme d'un mannequin, d'une poupée, a élu domicile dans le musée Orfila, salle des produits de matière médicale.

Eh bien, ce Bébé en question n'est autre que le nain célèbre de Stanislas Ier, roi de Pologne et, plus tard, duc de Lorraine. « A sa naissance, raconte-t-on, il pesait 15 onces (environ 450 grammes), et un sabot à demi rempli de laine fut son premier berceau. Quand il eut atteint sa croissance, vers sa quinzième année, il avait deux pieds comme taille et pesait 9 livres 1/2. Il mourut *de*

vers leur centre, à cause d'une tumeur rouge, spongieuse et de nature diploïque, qui bombait vers le cerveau. Nous raclâmes avec le scalpel au moins trois lignes de cette substance sur la partie interne de chaque pariétal, et nous nous en tînmes là, de peur d'amincir trop cette partie du casque osseux et de la rendre fragile....

« Ne peut-on pas conclure que les nerfs et les vaisseaux de la substance cérébrale étaient comprimés par la présence de ces deux tumeurs? La courbure de l'épine, la voûture des épaules, l'air prématuré de vieillesse, sur le visage surtout, n'en étaient-ils pas aussi un effet? (Saucerotte, *Mél. de Chirur.*, p. 504, 1801.)

vieillesse à vingt-cinq ans. Son intelligence était fort peu développée. On ne put jamais lui apprendre à lire. »

De ces deux faits, donc, il semblerait résulter que l'influence dystrophique exercée par l'hérédo-syphilis sur le développement de l'enfant peut aller jusqu'à produire des nains.

Mais vous pressentez bien qu'une question comme celle-là ne saurait être résolue par deux faits. D'autres observations sont nécessaires. Je me borne donc à poser le problème, sans avoir la prétention de lui donner une solution.

XLIV

Un autre mode par lequel se traduit l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur l'organisme de l'enfant, c'est le *rachitisme*.

Vous savez quels débats a soulevés, ces dernières années, la question des rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire. D'après l'examen d'un nombre vraiment considérable d'observations et de pièces anatomiques, le professeur Parrot s'était cru autorisé à faire du rachitisme une manifestation d'essence exclusivement syphilitique. Pour lui, le rachitisme n'était « qu'un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de l'existence ». Bien que présentée et soutenue avec

un rare talent, cette doctrine a soulevé une opposition presque générale. Elle a été combattue et définitivement réfutée par une nombreuse série de travaux que je n'ai pas à citer; elle n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Toutefois de cette doctrine il ne reste pas que des ruines, comme on semble le croire et comme certains auteurs ont eu le tort de l'affirmer. Car elle a eu le privilège de mettre en évidence un fait réel, authentique, auquel on n'attachait pas (avant les recherches de Parrot) la créance qu'il mérite, à savoir : l'indéniable fréquence du rachitisme chez les enfants issus de souche syphilitique.

Oui, incontestablement oui, au-dessus de toute discussion possible, *le rachitisme se rencontre avec une réelle fréquence sur les sujets affectés de syphilis héréditaire.* Et même cette fréquence est telle qu'elle devient significative par elle seule et qu'elle atteste, dirai-je, d'une façon évidente une relation de cause à effet entre la syphilis et le rachitisme.

Cette conclusion ressort tout à la fois de l'observation de nos devanciers et de la nôtre. Quantité d'auteurs, anciens[1], modernes ou contemporains,

1. A ne citer qu'un seul exemple, Astruc, au siècle dernier, écrivait ceci :

« ... S'ils vivent, les enfants issus de parents syphilitiques sont écrouelleux, petits, *rachitiques*, bossus; ils ont de grosses articulations, de grosses têtes, des nez écrasés, des *jambes crochues*, *tour-*

ont signalé le rachitisme en relation avec la syphilis héréditaire. Parrot n'avait fait qu'achever — il le déclare lui-même — la démonstration sur ce point. Et, pour ma part, avant de connaître les résultats de mon collègue et ami, j'avais déjà constaté tant et tant de fois le rachitisme en coïncidence avec la syphilis héréditaire que, de vieille date (dans mes leçons de Lourcine, par exemple), je n'avais pas hésité à affirmer une connexion étroite entre ces deux maladies.

De cela, d'ailleurs, combien de spécimens n'avez-vous pas vus dans nos salles! Rappelez-vous, entre autres cas de ce genre, le dernier qui s'est présenté à nous. Il y a quelques jours, une femme syphilitique nous amenait ses deux enfants : or, l'aîné, âgé de quatre ans, offrait un type accompli de rachitisme, tandis que le plus jeune, âgé de quelques mois, était criblé de syphilides.

Autre cas identique, celui-ci emprunté à ma pratique de ville. Un jeune homme contracte une syphilis qui devient grave et dont j'ai toutes les peines du monde à le débarrasser. Il se marie prématurément et donne naissance à deux enfants, sa femme restant saine. Or, de ces deux enfants, l'aîné (que, malheureusement, je n'ai pu observer qu'à son retour de nourrice) est actuellement âgé de six ans et présente au plus haut degré les déformations classiques du rachitisme. Quant au plus

nées en dehors ou en dedans; ils sont estropiés, *tordus*, contrefaits en différentes manières, etc.... » (Trad. franç., 1743, T. IV, p. 122.)

jeune, affecté presque dès sa naissance de manifestations syphilitiques, il a succombé, vers deux ans et demi, à des accidents de syphilis cérébrale.

Des cas de ce genre abondent et surabondent. En sorte que le point de fait est jugé. Oui, très certainement, le rachitisme est une conséquence commune de la syphilis héréditaire.

Mais reste le point de doctrine, à savoir : Le rachitisme est-il une lésion syphilitique, ou bien n'est-il qu'une conséquence banale, *indirecte*, de l'hérédité syphilitique?

On sait comment Parrot avait tranché la question en faisant du rachitisme une lésion syphilitique et en imputant indistinctement à la syphilis tous les cas de rachitisme. Eh bien, vous ai-je dit, une réaction, dont je n'ai pas à raconter ici les étapes, s'est produite contre cette doctrine exclusive, qui est complètement abandonnée de nos jours.

Actuellement, au contraire, on incline à ne voir dans le rachitisme qui se produit sur les enfants hérédo-syphilitiques qu'une conséquence *indirecte* de la syphilis. Telle est l'opinion que je soutiens depuis longtemps. Pour moi, le rachitisme ne serait qu'une affection *d'origine*, mais non de nature syphilitique; ce serait donc, en un mot, une affection *parasyphilitique*.

J'imagine que la syphilis produit le rachitisme au même titre qu'elle produit la débilitation native, l'appauvrissement de la constitution, le lympha-

tisme, les dystrophies de tout ordre, les malformations dentaires, les arrêts de développement, l'infantilisme, etc., toutes conséquences banales d'une cause spécifique, mais d'une cause spécifique exerçant sur l'économie une influence intense de dépression, de dénutrition, de déchéance organique, de dégénérescence.

Cette opinion est celle qu'ont expressément énoncée plusieurs de nos collègues. Ainsi, pour W. Taylor, « la syphilis peut bien produire le rachitisme, mais *indirectement* et en raison de ce fait qu'elle altère la nutrition par son influence dépressive, débilitante[1] ».

De même, pour M. Cazin, « si la syphilis peut aboutir au rachitisme, c'est qu'elle y prédispose, comme à la scrofule, en tant que *cause de détérioration de l'individu et de l'espèce*[2] ».

« J'adopte pleinement, écrit M. le Dr Comby dans son remarquable livre sur le rachitisme, l'interprétation proposée par M. Fournier sur les relations du rachitisme et de la syphilis héréditaire.... Oui, la syphilis prédispose réellement les enfants aux atteintes du rachitisme. Mais, si les enfants atteints de syphilis héréditaire deviennent souvent rachitiques, c'est parce que leur nutrition générale est profondément troublée par la maladie ou par l'allaitement artificiel qui est la conséquence fréquente de la maladie. Ces mêmes enfants, lors-

1. *Syphilitic lesions of the osseous system*, New-York, 1875.
2. *Rachitisme et syphilis*, 1883.

qu'ils sont à la fois traités par le mercure et allaités par une bonne nourrice peuvent être préservés du rachitisme[1]. »

Au total, donc, le rachitisme de nos petits malades ne serait qu'un résultat du trouble général importé par la syphilis dans l'organisme. Conséquemment, je le répète, il constituerait un accident d'origine syphilitique, mais non de nature syphilitique.

Et voyez l'avantage de cette interprétation qui se prête également à expliquer ces deux faits : 1° comment le rachitisme peut dériver aussi bien d'une cause spécifique que d'une cause non spécifique; — et 2° pourquoi le rachitisme, alors même qu'il dérive de la syphilis, se montre réfractaire aux agents antisyphilitiques.

Je terminerai en rappelant qu'une constatation récente ajoute un nouvel argument à la thèse que nous venons de défendre.

Des travaux d'ordre chimique ont été entrepris par mon distingué collègue et ami le Dr Albert Robin sur les os des enfants hérédo syphilitiques. Or, de ces travaux encore inédits, mais qu'a bien voulu me communiquer M. Robin, il résulte ceci :

Que les os des enfants hérédo-syphilitiques sont particulièrement remarquables par la proportion

1. *Le rachitisme*, par J. Comby, Paris, 1892, p. 35. — V. aussi Kirmisson, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris, 1890.

considérable d'*eau* qu'ils contiennent; et cela *au détriment des éléments essentiels*, *nobles*, *du tissu osseux* (à savoir phosphate et carbonate de chaux, associés à l'osséine).

Ainsi, tout ce qui est élément noble, utile, constitutif, est abaissé comme proportions; — tandis que l'élément aqueux, c'est-à-dire l'élément indifférent, banal, secondaire, s'élève jusqu'à une proportion relativement prédominante.

Quel trouble trophique! Quelle déviation du processus de nutrition! Et, aussi, quelle confirmation apportée à tout ce que je viens de dire, comme à ce qui me reste encore à dire sur l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis!

XLV

Une influence de même ordre et de même origine se traduit quelquefois sur les sujets hérédo-syphilitiques par des *arrêts partiels de développement*, affectant en particulier tel ou tel viscère.

Bien que ce sujet ait été à peine exploré, nous sommes, dès à présent, en possession d'un certain nombre d'observations bien authentiques témoignant de ces singulières influences *localisées* de l'hérédité syphilitique. A tout le moins les exemples qui vont suivre pourront-ils servir de jalons pour des recherches ultérieures.

C'est ainsi que, d'une façon assez commune, on

constate chez les hérédo-syphilitiques un défaut de développement du *testicule*.

Le testicule reste chez eux, comme volume, plus ou moins au-dessous de la moyenne. Quelquefois même il se présente réellement petit, voire minime, voire presque rudimentaire en certains cas plus rares.

Et notez qu'en l'espèce cette réduction de volume, cette ténuité de l'organe n'est en rien le résultat d'un état pathologique antérieur, à savoir de cette albuginite, de ce sarcocèle infantile qu'a si bien étudié le Dr Hutinel. Car, ici, tout en étant petit, le testicule n'en est pas moins régulier de forme, souple, exempt de toute induration morbide, bref parfaitement sain. D'ailleurs, ce qui complète la démonstration en ce sens, c'est que, dans les cas en question, l'arrêt de développement du testicule coïncide fréquemment avec d'autres lésions de même ordre, c'est-à-dire d'ordre dystrophique.

A preuve une belle observation de mon ancien élève et ami, le docteur Poyet.

Cette observation est relative à un jeune garçon de seize ans, né de parents syphilitiques et ayant présenté dans son enfance des accidents non douteux de syphilis héréditaire. Or, d'une part, ce jeune homme, en raison de sa petite taille et de la gracilité de ses formes, avait tout à fait l'allure enfantine, « à ce point qu'on l'eût pris volontiers pour un enfant de dix à onze ans » ; et, d'autre

part, il présentait une verge non développée, « analogue à celle d'un sujet de sept à huit ans », et des testicules qui « ne dépassaient pas le volume d'un haricot ». A noter, de plus, qu'en relation avec cet arrêt de développement du système génital, « la voix était aiguë, criarde comme celle d'un tout petit enfant ou comme le timbre d'un mirliton ».

On a vu de même des arrêts de développement affecter les *ovaires*, l'*utérus*, voire le *vagin*.

Tel est un cas dû à M. le Dr Lancereaux, cas relatif à une femme de quarante ans, née d'un père syphilitique et ayant présenté dans sa jeunesse divers accidents de syphilis héréditaire. « Non seulement, dit l'observateur, cette femme était de petite taille et peu développée, mais ses seins (à quarante ans) étaient ceux d'une jeune fille non encore pubère. — Elle n'avait jamais été menstruée. — Le pubis était complètement glabre. — La vulve était remarquablement étroite. — Le vagin permettait difficilement l'introduction du petit doigt, etc. — La malade ayant succombé à une affection intercurrente, on constata à l'autopsie un état d'atrophie ou plutôt de non-développement de l'utérus, qui était très petit et comparable à l'utérus d'une fillette de huit à dix ans. — Les ovaires rudimentaires ne contenaient même pas de vésicules de De Graaf. »

N'oublions pas enfin que la *microcéphalie* a été

plusieurs fois signalée comme stigmate d'hérédité syphilitique.

XLVI

Tout ce qui précède est relatif au développement physique.

Eh bien, de même, une conséquence possible de l'hérédo-syphilis consiste en de véritables *arrêts*, à des degrés divers, du *développement intellectuel*.

C'est un fait aujourd'hui bien authentique — quoique peu connu, peu accepté, je dois le reconnaître — que les descendants des sujets syphilitiques sont quelquefois frappés de déchéance intellectuelle.

Très positivement, la syphilis héréditaire crée parfois des *enfants bornés comme intelligence*, voire des *enfants idiots*.

Et rien d'étonnant à cela. D'une part, il est bien légitime que la syphilis réagisse sur l'intelligence de par les déterminations spécifiques qu'elle peut exciter vers le cerveau dans le jeune âge. Et, d'autre part, en ce qui concerne notre sujet, il n'est pas plus surprenant que l'influence hérédo-syphilitique retentisse sur le développement intellectuel par des processus d'autre genre, ne comportant plus rien de syphilitique.

Quels troubles cérébraux relèvent de ce dernier mode d'influence? Le voici :

I. — Dans un premier degré, on a affaire à des sujets bornés, simples, obtus, niais, à *insuffisance intellectuelle* dûment accentuée.

Ce sont là des sujets qui, la plupart du temps, ont subi un arrêt de développement tout à la fois physique et psychique. Ils ont fait leurs dents tard; ils ont marché tard; ils n'ont grandi que lentement. De même ils ont été en retard pour parler. Au delà, ils n'ont appris à lire et à écrire — mais à lire, plus spécialement encore — qu'avec une difficulté singulière. Toujours leur mémoire s'est montrée défectueuse, débile, paresseuse, infidèle. Dans un âge plus avancé, ils deviennent de mauvais écoliers, inintelligents, mal doués, rebelles à la culture et au développement, « bornés », en un mot, et constituant le type de ce qu'on appelle par euphémisme « des enfants *arriérés* ». Inutile d'ajouter que tels ils restent et resteront plus tard, avec des aptitudes intellectuelles très inférieures au niveau moyen.

II. — Dans un second degré, l'arrêt du développement intellectuel est pour ainsi dire absolu, non moins que définitif et irrémédiable.

Un certain nombre d'observations de ce genre ont été citées déjà par divers auteurs, notamment par Critchett, J. Hutchinson, H. Jackson, Mercier, Parrot, J. S. Bury, Tarnier, etc.

Tous ces cas, identiques comme fond, présentent

le triste tableau d'un être déchu psychiquement, à peu près dépourvu d'intelligence, automatique, machinal, n'ayant à sa disposition que quelques mots élémentaires, ne comprenant presque rien ou même ne comprenant rien de ce qu'on peut lui dire. Si la vie des *dégénérés* de cet ordre ne se borne pas absolument à manger, boire et dormir, elle se restreint du moins à une série d'actes purement instinctifs, à des allées et venues sans intention suivie, à des occupations enfantines, à des amusements ineptes, à des insanités de tout genre, etc. ; sans parler encore d'incidents passagers qui se tiennent au diapason de l'ensemble cérébral, tels que colères sans motifs, cris, gesticulations, violences, impulsions soudaines, brutales, quelquefois malfaisantes, et toutes manifestations du genre de celles qui composent l'ensemble symptomatologique de l'*imbécillité* ou de l'*idiotie.*

Ajoutons qu'il n'est pas rare d'observer dans les mêmes conditions, coïncidemment avec cette dégradation de l'intelligence, certains troubles de la motilité, à savoir : incertitude des mouvements, maladresse des mains, tremblements passagers, défaillances d'équilibre, faiblesse des jambes, faiblesse des quatre membres, état de parésie musculaire généralisée, etc.

J'ai rencontré, ces derniers temps, un cas de ce genre sur une jeune enfant de treize ans, dont la mère avait été traitée par moi, il y a une quinzaine d'années, pour divers accidents syphilitiques, et

voici ce que j'ai observé. D'une part, cette enfant est sourde-muette. — D'autre part, elle est imbécile, ou du moins les manifestations intellectuelles dont elle fait preuve se bornent à ceci : quelques sourires niais échangés avec sa mère ou avec les personnes de son entourage; quelques désirs de gourmandise ou de coquetterie; quelques sentiments d'affectuosité, de tristesse ou de satisfaction (non motivée le plus souvent), de colère, de frayeur, etc. Enfin, elle offre un état de parésie musculaire généralisée. Ainsi, elle ne peut se soutenir sur ses jambes; elle ne dirige même pas ses jambes pour marcher, quand on la met debout en la portant sous les aisselles. Assise, elle s'infléchit sur elle-même dans un sens ou dans l'autre, surtout latéralement. Sa tête vacille et retombe parfois sur les épaules, comme ferait la tête d'un cadavre. Ses mains, qui semblent le moins affectées, ne saisissent les objets qu'avec une insigne maladresse et les tiennent d'une façon plus convulsive qu'assurée; elles sont, de plus, comme subluxées sur l'avant-bras et n'exécutent leurs mouvements qu'avec des attitudes bizarres, en se tordant, en se contorsionnant, en se crispant de la plus étrange façon.

Et de même pour d'autres cas que j'aurais à citer[1].

C'est donc un fait aujourd'hui avéré, indiscu-

1. V. *La syphilis héréditaire tardive*, p. 450, où quelques cas de même ordre se trouvent relatés.

table, que les descendants de sujets syphilitiques sont quelquefois frappés de déchéance intellectuelle.

En autres termes, la syphilis héréditaire peut aboutir, par défaut de développement cérébral ou par d'autres processus encore indéterminés, à créer des enfants bornés, incapables, ou même des imbéciles, des idiots.

XLVII.

Enfin, il est un comble, suivant l'expression du jour, à cette action dystrophique de la syphilis ; il est un comble à ces phénomènes d'arrêt de développement ; c'est l'*arrêt de la vie*, si je puis ainsi parler, c'est *la mort*, et la mort, notez bien ceci, non pas comme résultat de lésions spécifiques ou autres, mais *sans maladie* et *sans lésions*, au moins sans lésions appréciables.

Ce fait — n'est-il pas vrai ? — est des plus curieux, non moins que majeur au premier chef, inutile de le dire. Aussi bien je m'étonne qu'il n'ait pas été remarqué jusqu'ici comme il aurait dû l'être. Et cependant il est bien authentique, comme vous allez en avoir la preuve.

Un résultat fréquent de l'hérédo-syphilis, voire banal à force d'être fréquent, c'est la mort du produit de conception à divers âges de la grossesse ; — c'est, de même, l'expulsion à terme d'enfants

mort-nés ; — c'est, de même encore, la mort de l'enfant à échéances plus ou moins rapprochées de la naissance.

Eh bien, toutes ces morts d'enfants hérédo-syphilitiques, à quoi sont-elles dues?

Souvent, très souvent, elles ont leurs raisons; c'est-à-dire qu'alors elles sont justifiées, et amplement, par tels ou tels symptômes graves constatés pendant la vie, par telles ou telles lésions que révèle l'autopsie. Dans ces cas, rien que de normal et de rationnel. Passons.

Mais, inversement, il est des cas, et en bon nombre, où ni la clinique ni l'autopsie ne viennent révéler le pourquoi de la mort.

I. — Parlons de la clinique tout d'abord. Voici comment les choses se présentent le plus souvent.

Un enfant, issu de souche syphilitique, est venu au monde, je suppose, dans des conditions de développement moyen ou passable qui permettent de le considérer comme viable. Il ne présente pas d'accidents spécifiques, et son état général continue un certain temps, des semaines ou même des mois, à se montrer à peu près satisfaisant. Pas de nuage à l'horizon, tout semble au mieux. Puis, voici que tout à coup, sans incident, sans intercurrence morbide, *sans raison appréciable*, cet enfant s'affaiblit, décline, périclite. Il s'affaisse, devient comme inerte, ne tette plus, ne veut plus téter, vomit, dépérit à vue d'œil, tombe dans une sorte de collapsus, d'athrepsie aiguë, et succombe.

Parfois encore — mais d'une façon bien moins commune — les enfants hérédo-syphilitiques (les tout jeunes enfants surtout) meurent d'un instant à l'autre, de la façon la plus inopinée, la plus inattendue, sans que parents et médecins sachent comment et pourquoi s'est produite cette mort plus que singulière. J'ai déjà dans mes notes plus d'une dizaine de cas de ce genre. Comme exemple, vous me permettrez de vous citer le suivant, que j'ai observé avec le concours d'un de mes collègues, accoucheur des plus connus et des plus distingués.

Un jeune homme contracte la syphilis et ne s'en traite pas ou ne s'en traite que d'une façon éphémère, tout à fait insuffisante. Quelque temps après il se marie. Sa femme devient enceinte presque aussitôt. Au cours de sa grossesse, elle commence à être affectée de divers phénomènes de syphilis secondaire. Elle accouche, presque à terme, d'un enfant de poids moyen, passablement constitué, et exempt de tout symptôme apparent de syphilis. Or, allaité par sa mère, surveillé quotidiennement par mon collègue et par moi, cet enfant se développe assez régulièrement pendant quelques semaines, sans présenter le moindre phénomène morbide, syphilitique ou autre. Tout paraît donc marcher pour le mieux, au moins relativement, lorsqu'un matin nous apprenons que l'enfant a succombé brusquement dans la nuit. Et cependant, la veille au soir, il avait encore été examiné par mon collègue, qui l'avait trouvé dans

un état presque satisfaisant. Une heure avant sa mort, sa mère l'avait tenu dans ses bras et changé de langes « sans rien remarquer d'extraordinaire ». Bref, la mort s'était produite d'une façon absolument brusque et tout à fait inattendue.

Notez bien, Messieurs, ces cas de *mort subite*, de mort non précédée d'aucun phénomène morbide apparent, car vous en rencontrerez sûrement dans votre pratique. Ils ne sont même pas très rares, puisque j'en connais pour ma seule part, je le répète, une dizaine d'exemples. Plusieurs accoucheurs de mes collègues ou amis m'ont raconté en avoir observé de semblables, et toujours dans les mêmes conditions, toujours « sur des enfants syphilitiques ou suspects de syphilis ». C'est donc là un fait que je recommande à votre attention.

II. — En face de ces cas, de ces morts cliniquement inexpliquées, chacun se dira avec toute apparence de raison ce que je n'ai pas manqué en pareille occurrence de me dire à moi-même : « Je ne sais pas le pourquoi de cette mort; mais sûrement je l'aurais su, si j'avais eu la possibilité de pratiquer l'autopsie ».

Or, voici un fait qui va vous surprendre davantage, — que dis-je! — qui va vous sembler exorbitant, extraordinaire, impossible. C'est que, l'autopsie pratiquée et pratiquée le plus complètement, le plus consciencieusement du monde, quelquefois on n'est pas plus avancé pour cela. L'autop-

sie, en effet, n'apprend rien, ne révèle rien qui soit de nature à expliquer la mort.

Vainement on explore un à un et avec le plus grand soin tous les organes, on ne trouve rien qui rende compte de la terminaison fatale. On ne trouve rien, je le répète, et cela ni sur la table d'amphithéâtre, ni dans le laboratoire de l'histologiste.

C'est à n'y pas croire; et, tout le premier, longtemps je me suis refusé à y croire. Je m'accusais; je me disais : « C'est là une autopsie mal faite; je n'y ai pas vu ce que j'aurais dû y trouver ». Mais c'est qu'avec une plus longue expérience je n'en ai pas moins abouti au même résultat négatif. C'est que les pièces de ces autopsies muettes, soumises au contrôle histologique d'hommes ultra-compétents, tels que MM. Balzer, Darier et autres, étaient trouvées normales! En sorte qu'en fin de compte j'en suis arrivé, pour ma part, à cette conviction, que *nombre d'enfants hérédo-syphilitiques meurent* SANS AVOIR UNE RAISON ANATOMIQUE POUR MOURIR.

D'ailleurs, je ne suis pas le seul à n'avoir ainsi rien trouvé à certaines autopsies d'enfants hérédo-syphilitiques. M. le professeur Pinard, qui s'est engagé de vieille date dans des recherches de même ordre, me disait récemment « avoir été frappé plusieurs fois de l'*absence de toute lésion* à l'autopsie d'enfants issus de souche syphilitique. »

De même un de mes élèves et amis, actuellement

médecin de Saint-Lazare, le Dr Barthélemy, s'est attaché avec l'ardeur scientifique qu'on lui connaît à l'étude de ce sujet spécial. Dans l'espace de sept années, il a pratiqué 28 autopsies d'enfants mort-nés soit à terme, soit au septième et au huitième mois de la grossesse, et tous manifestement victimes de l'influence hérédo-syphilitique. Eh bien, voici sommairement les résultats auxquels il a abouti :

13 fois, il a rencontré des lésions spécifiques diverses (lésions du foie, du thymus, des reins, des os, etc.), lésions quelquefois susceptibles d'expliquer la mort, mais d'autres fois — remarquez ceci — « plutôt propres à témoigner de l'infection qu'à expliquer la mort ».

Et 15 fois il n'a rien trouvé du tout, ni à l'examen macroscopique, ni à l'investigation histologique[1].

Donc le fait est avéré et se résume en ceci :

Pour un certain nombre de cas, les enfants hérédo-syphilitiques meurent sans lésions susceptibles d'expliquer leur mort.

Mais ces enfants, direz-vous, il faut bien cependant qu'ils meurent de quelque chose. — Sans doute, mais de quoi?

De quoi? Nous n'en savons rien.

1. V. Barthélemy, *Résultat de 28 autopsies de mort-nés hérédo-syphilitiques*, Bulletin de la Soc. française de Dermat. et de syph., 1890, p. 174.

Or, puisque nous n'en savons rien, ni par la clinique, ni par les nécropsies, nous avons bien le droit non moins que le devoir de chercher l'explication de leur mort dans quelques hypothèses.

Eh bien, au nombre des hypothèses à introduire en l'espèce, il me semble qu'il en est une toute simple, rationnelle, presque légitime, oserai-je dire.

C'est que ces enfants, en raison du vice originel qui pèse sur eux, n'ont pas été constitués viables ; — c'est qu'en raison d'une certaine dystrophie générale, ils n'ont pas reçu le degré de force, d'énergie, de résistance organique, qui rend apte à la vie ; — c'est qu'ils ont été comme enrayés dans leur développement vital par une sorte de *dystrophie native*.

Et cette hypothèse, je l'avoue, elle me satisfait. Car, là encore, sous une forme dont je ne vois que trop bien les effets, mais dont le mécanisme m'échappe, je retrouve, je reconnais cette même influence d'arrêt de développement, de déchéance, de dystrophie, qui caractérise ailleurs, et de façons si variées, l'hérédo-syphilis.

En sorte que, résumant tout ce qui précède et considérant d'ensemble les résultats divers que nous venons de passer en revue, je me crois autorisé à vous dire ceci, comme conclusion :

La syphilis héréditaire n'est pas plus astreinte que la syphilis acquise à se limiter exclusivement

à des lésions d'ordre syphilitique; elle non plus ne fait pas que de la syphilis proprement dite. Tout au contraire, elle est susceptible de se traduire par des modalités autres que des lésions purement syphilitiques. Et l'une de ces modalités (l'une des plus néfastes) consiste précisément en cet ordre de faits si curieux que nous venons d'étudier et que constitue une *influence dystrophique*, une *influence de formation incomplète*, voire parfois de *non-formation*, de *non-viabilité*.

Et c'est de la sorte que :

1° Tantôt l'hérédo-syphilis enraie le *développement individuel de certains organes*, tels que les dents, le testicule, l'ovaire, le cerveau, etc.;

2° Tantôt elle aboutit à un résultat plus complexe en entravant le *développement général* de l'individu, en l'abaissant jusqu'au degré de l'infantilisme, voire peut-être du nanisme;

3° Et tantôt, enfin, enrayant le produit de conception dans son développement originel, elle le tue sans lésions; si bien que le fœtus ou l'enfant succombe, en de telles conditions, par simple *dystrophie native*, par insuffisance congéniale de ce qui constitue la viabilité; si bien qu'au total il meurt par ce fait seul qu'*il n'a pas reçu*, *nativement*, *la force de vivre*.

XLVIII

Hydrocéphalie.

L'hydrocéphalie est une autre modalité pathologique qui dérive en maintes occasions de l'influence hérédo-syphilitique.

En médecine comme en toute chose, le nombre fait loi. Or, j'ai trop souvent rencontré l'hydrocéphalie en relation avec la syphilis héréditaire pour ne pas établir de l'une à l'autre une connexion très différente d'une simple coïncidence de hasard. D'autre part, en vue de contrôler les résultats de mon observation personnelle par l'expérience d'autrui, j'ai fouillé nos annales, et j'y ai trouvé un tel nombre de cas identiques aux miens qu'il m'est vraiment impossible de ne pas considérer l'hérédité syphilitique comme une des causes les mieux avérées de l'hydrocéphalie.

Cette opinion, à laquelle j'avais été conduit et que j'avais exprimée de vieille date[1], n'a fait que s'affermir pour moi par l'expérience. Elle a été du reste confirmée par des travaux récents, notamment par ceux de MM. Sandoz[2] et Léon d'Astros[3].

1. V. *Syphilis et mariage*, 1880, p. 68. — *Syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 446.

2. Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1886, p. 713).

3. L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique, par le Dr Léon d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille.

Si bien que, dans leur traité des maladies de l'enfance, MM. d'Espine et Picot n'ont pas hésité à dire : « On peut considérer désormais la syphilis comme une des causes de l'hydrocéphalie ventriculaire ».

Et, en effet, la connexion pathogénique qui relie l'hydrocéphalie à l'hérédo-syphilis ressort de témoignages vraiment décisifs, à savoir :

1° Fréquence avec laquelle se présente cette hydrocéphalie chez les enfants issus de souche syphilitique. J'ai observé, pour ma seule part, plus d'une trentaine de cas de ce genre dans ma clientèle privée. Et, d'autre part, j'en ai relevé un bien plus grand nombre dans les observations d'hérédo-syphilis publiées par divers auteurs à d'autres points de vue

2° Conditions mêmes dans lesquelles cette hydrocéphalie se présente quelquefois. Ainsi, on l'a vue plusieurs fois figurer dans ces catastrophes *en série* qui éprouvent si cruellement certaines familles syphilitiques. Exemples les deux cas suivants dus à Bœrensprung[1] :

Premier cas :

Première grossesse.		Enfant né mort à 8 mois.
Seconde	—	Enfant mort-né.
Troisième	—	Enfant mort-né.
Quatrième	—	*Hydrocéphalie*. Mort à cinq mois.
Cinquième	—	Avortement.
Sixième	—	Enfant syphilitique.
Septième	—	Enfant syphilitique.

1. Die hereditäre Syphilis, Berlin, 1864.

Second cas : 14 grossesses.

Première grossesse. Enfant mort-né (au septième mois).
Seconde — Enfant syphilitique, mort à un an et demi.
Troisième — *Hydrocéphalie.* Mort à un an et demi.
Autres grossesses donnant des enfants ou mort-nés, ou syphilitiques, ou sains.

D'autre part, on a signalé, dans des ménages entachés de syphilis, le fait de *plusieurs enfants* affectés d'hydrocéphalie. Tel est le cas suivant dû à J. Hutchinson :

Père syphilitique et mère saine.
Première grossesse : Enfant syphilitique et *hydrocéphale.*
Seconde grossesse : Enfant mort à dix mois.
Troisième grossesse : Enfant né mort et macéré.
Quatrième grossesse : Enfant syphilitique et *hydrocéphale.*

De même, un de mes clients, qui avait eu l'imprudence de se marier en dépit d'une syphilis très incomplètement traitée, donna naissance à *trois enfants hydrocéphales,* dont deux moururent presque immédiatement et dont le troisième survécut.

Mais, autre question, dérivée de la première : L'hydrocéphalie étant acceptée en tant que conséquence possible de l'hérédo-syphilis, reste à savoir ce qu'elle est comme nature. Convient-il de la considérer comme une émanation directe de la syphilis, comme un accident de nature syphilitique, ou bien comme une manifestation d'ordre banal, vul-

gaire, que s'approprie éventuellement la syphilis, en un mot comme une affection parasyphilitique?

Dans un très intéressant et très instructif mémoire sur le sujet, M. le Dr d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille, a discuté longuement ce point spécial. D'après une série de considérations cliniques et anatomo-pathologiques, il aboutit à cette conclusion : que, suivant toute vraisemblance, il existe deux hydrocéphalies issues de la syphilis héréditaire et différant l'une de l'autre par leur modalité pathologique, à savoir : 1° Une hydrocéphalie *de nature syphilitique,* déterminée par des lésions originairement et spécifiquement syphilitiques (lésions affectant surtout l'épendyme et la région opto-striée); — 2° une hydrocéphalie *d'origine syphilitique*, résultant de l'influence dystrophique de la syphilis et coïncidant (d'après ce qu'il a vu) avec divers arrêts de développement du cerveau.

Je ne saurais, pour ma part, que souscrire à cette manière de voir.

Conséquemment, ce second mode de l'hydrocéphalie hérédo-syphilitique rentrerait *ipso facto* dans notre cadre et devrait prendre place parmi les affections d'ordre parasyphilitique.

Bien qu'étrangère au sujet dont nous poursuivons l'étude, une remarque s'impose à nous ici. Vous me pardonnerez la digression, en raison de

l'intérêt *pratique* qui s'y rattache et que vous apprécierez dans un instant.

L'hydrocéphalie, nous venons de l'établir, constitue une manifestation de syphilis héréditaire. D'autre part, il se peut (comme l'a établi M. d'Astros, à qui j'emprunterai ce qui va suivre) que cette hydrocéphalie soit chronologiquement la *première* manifestation apparente de l'hérédité infectieuse. De là, conséquemment, une déduction d'ordre pratique : C'est qu'un enfant affecté d'hydrocéphalie (en l'absence même de tout autre symptôme) est tout au moins un enfant suspect de syphilis; donc, il y a lieu, si cet enfant est allaité par une nourrice, de lui *supprimer sa nourrice*, et cela parce qu'un jour ou l'autre il pourrait l'infecter.

Et, en effet, si l'hydrocéphalie n'est en rien dangereuse par elle-même pour la nourrice, elle n'en constitue pas moins le témoignage (au moins possible) d'une infection peut-être destinée à se traduire un jour ou l'autre par d'autres symptômes spécifiques, lesquels ne manqueront guère d'être contagieux. De fait, donc, la nourrice d'un enfant hydrocéphale se trouve menacée.

Et cela, messieurs, n'est pas une crainte chimérique, imaginée dans les rêveries du cabinet. Écoutez, pour vous convaincre du contraire, l'observation que voici.

Une belle enfant d'un mois, née de parents inconnus, est admise le 5 novembre 1890 dans le service de M. d'Astros. Comme elle ne présente rien

d'anormal, notamment aucun stigmate de syphilis, on lui donne une nourrice.

En décembre, commence à se manifester une hydrocéphalie, qui s'accentue rapidement.

Le 10 février, début de plaques muqueuses, qui deviennent absolument caractéristiques. — On fait cesser immédiatement l'allaitement au sein, et l'enfant est nourri au lait d'ânesse.

Et néanmoins, le 28 février, après l'incubation la plus classique, apparition sur la nourrice d'un chancre du sein, qui se développe, qui détermine une adénopathie axillaire, et qui est suivi, vers le 25 mai, d'une explosion secondaire assez intense (céphalalgie, roséole, plaques muqueuses de la gorge, puis psoriasis palmaire, etc., etc.).

Quel enseignement! Convenez que j'aurais été mal inspiré de laisser passer sans une mention spéciale un fait de cette importance pratique et un fait aussi peu connu — disons mieux, aussi *ignoré* — que celui-là.

XLIX

Méningite parasyphilitique.

Nous venons d'être conduits, de par la clinique et l'anatomie pathologique, à distinguer chez les enfants entachés d'hérédo-syphilis des hydrocéphalies de deux ordres, l'une directement syphili-

tique et l'autre parasyphilitique. Eh bien, soyez sûrs, Messieurs, qu'il en est de même pour les *méningites* des mêmes sujets. Soyez sûrs que les accidents méningitiques, qui sont si communs chez eux, relèvent de deux types différents. C'est là, du moins, ce que je vais essayer d'établir.

Un mot au préalable sur la fréquence de ces accidents.

Ces accidents affectent dans l'hérédo-syphilis une fréquence qu'on ne peut qualifier autrement que de *considérable*. Considérable, oui, et voici la justification du mot.

D'abord, parcourez les observations relatives à la syphilis héréditaire, et cela soit dans les traités spéciaux, soit dans les monographies, soit dans les recueils périodiques, et vous rencontrerez des centaines de cas (des centaines, je n'exagère pas) où se trouvera signalée la mort d'un ou de plusieurs enfants « par méningite ».

Puis, consultez sur ce point les praticiens, comme je l'ai fait plus d'une fois pour mon instruction personnelle. Il en est bien peu, je le parierais volontiers, qui ne vous diront avoir perdu « de méningite » tels ou tels enfants hérédo-syphilitiques qu'ils ont eu à traiter dans leur clientèle. Laissez-moi vous citer à ce propos un témoignage, entre vingt autres de même ordre que j'aurais à produire.

Il y a quelque temps, un de nos plus distingués confrères de province, mon collègue d'internat,

vient me rendre une visite amicale. Nous causons, et la conversation tombe sur un de nos amis communs, médecin comme nous. « Vous vous souvenez bien, me dit mon confrère, de ce pauvre X..., que nous avons traité l'un et l'autre pour une syphilis grave, persistante. Eh bien, il vient de perdre son troisième enfant, qui a succombé, comme les deux premiers, à une *méningite*.... Il ne met pas en doute — pas plus que moi du reste — que ces méningites, qui emportent tous ses enfants, ne soient des conséquences éloignées de son ancienne diathèse.... D'ailleurs, ajoute mon confrère, je crois fermement, pour ma part, à l'influence héréditaire de la syphilis comme cause de méningite chez les enfants. J'en ai vu trop de cas dans ma pratique pour ne pas être édifié à ce sujet. »

Quant à moi, si je consulte mes notes personnelles, j'y trouve à tout moment des mentions telles que les suivantes : « Un enfant né d'un ménage entaché de syphilis, deux, trois enfants nés d'un ménage syphilitique ont succombé à des accidents cérébraux que le médecin traitant a qualifiés de *méningite* ». — Exemple : « X... a contracté la syphilis à 27 ans.... Marié, à 32 ans, avec une femme qui est toujours restée saine, il a eu trois enfants. Le premier est mort à trois mois du fait d'une affection cérébrale qui a été qualifiée de méningite par le Dr H. Roger. — Le second est mort d'une affection exactement identique qui, vue et

traitée par le Dr Blachez, a été également considérée comme une méningite. — Le troisième a succombé à l'âge de trois jours, sans que la cause de la mort ait pu être déterminée. » — Et de même pour cent autres cas au moins.

Donc le fait est patent. Inutile d'insister.

Eh bien, que sont toutes ces méningites des enfants hérédo-syphilitiques?

Les unes, certes, sont des méningites spécifiques, dérivant directement de la syphilis, et caractérisées par des lésions spécifiques. Nul doute à leur égard, de par l'anatomie pathologique. Celles-ci d'ailleurs ne sont pas en question.

Mais n'est-il que des méningites de cet ordre? N'en est-il pas d'autres qui dérivent de l'influence générale de la syphilis, sans être syphilitiques d'essence, de nature? Voilà la question qui se pose, qui s'impose même, dirai-je.

Or, je suis persuadé, pour ma part, qu'un certain nombre des méningites qui se produisent sur les sujets hérédo-syphilitiques ne sont que des manifestations *indirectes* de la diathèse, des manifestations d'ordre tout à fait banal, vulgaire, et non des méningites issues de lésions spécifiques. Et cette conviction, je l'emprunte surtout à deux raisons que voici.

C'est, d'abord, que les méningites en question se montrent absolument et radicalement *réfractaires au traitement spécifique*. Prodiguez leur du mer-

cure et de l'iodure à toutes doses ; peine perdue ! Non seulement ces deux remèdes, même associés, laissent mourir les enfants ; mais, de plus, ils ne produisent même pas ce qu'ils produisent fréquemment dans les véritables méningites spécifiques alors même qu'ils ne les guérissent pas, c'est-à-dire des améliorations passagères, des éclairs d'accalmie, des effacements provisoires de tels ou tels symptômes. Non, rien de tel, et pas même cela ! Ils restent absolument inertes.

C'est, en second lieu, que les autopsies ne révèlent dans ces méningites *aucune lésion d'ordre décidément spécifique*. Ce qu'on y trouve n'a rien que de banal : des épaississements, des opacités de méninges, des suffusions séreuses, du piqueté cérébral, etc., etc. Mais rien autre, rien qu'on n'observe aux nécropsies de méningite vulgaire. En un mot, l'estampille syphilitique y fait défaut ; et, n'étaient les antécédents connus de l'enfant ou de sa famille, personne ne songerait, de par les données anatomiques, à mettre en cause la syphilis comme origine possible de telles lésions.

Tout est donc permis comme interprétation de ces curieuses méningites de l'hérédo-syphilis.

Eh bien, je crois qu'il est légitime de faire pour elles ce qu'on fait, par exemple, pour le tabes et pour la paralysie générale où l'on ne rencontre non plus aucune lésion d'ordre spécifique, et de les considérer comme des états morbides qui, bien qu'issus de la syphilis *comme origine*, ne compor-

tent rien néanmoins de syphilitique *comme nature.*

Interprétées de la sorte, ces méningites deviendraient alors des affections *parasyphilitiques.* — Eh bien, m'est avis de les accepter comme telles.

L

Je n'abandonnerai pas ce sujet sans présenter encore une remarque relative aux deux grandes affections dont je viens de parler, remarque digne de trouver place ici en tant que confirmation indirecte des considérations précédentes.

L'hydrocéphalie et la méningite sont tellement reliées comme effets à l'hérédo-syphilis comme cause qu'il est habituel, absolument habituel, de les voir figurer côte à côte dans les tables mortuaires des ménages syphilitiques d'où sont issus plusieurs enfants. Et de plus, elles y figurent non moins fréquemment en compagnie des manifestations les plus usuelles et les plus caractéristiques de l'hérédo-syphilis, à savoir : avortement, accouchement prématuré, mort avant ou peu après la naissance, stigmates divers d'infection héréditaire, etc.

A ce point de vue j'aurais quantité de témoignages à produire. Je citerai seulement, à titre de spécimens, les quelques observations suivantes :

Obs. I (personnelle). — Père et mère syphilitiques.
Première grossesse. Enfant hydrocéphale ; mort.
Seconde — Enfant mort de méningite.

Obs. II (personnelle). — Père syphilitique; mère saine.
Première grossesse. Enfant hydrocéphale; mort.
Seconde — Enfant mort de méningite.

Obs. III (personnelle). — Père syphilitique; mère saine.
Première grossesse. Avortement.
Seconde — Enfant hydrocéphale; mort.
Troisième — Enfant mort de méningite.

Obs. IV (personnelle). — Père syphilitique; mère saine.
Première grossesse. Enfant mort en naissant.
Seconde — Enfant mort de méningite.
Troisième — Enfant hydrocéphale, survivant.

Obs. V (personnelle). — Syphilis douteuse chez le père; mère syphilitique.
Première grossesse. Fausse couche.
Seconde — Fausse couche.
Troisième — Enfant mort-né.
Quatrième — Enfant hydrocéphale; mort.

Obs. VI (personnelle). — Père syphilitique; mère saine.
Première grossesse. Enfant syphilitique et hydrocéphale; mort.
Seconde — Enfant vivant; mais stigmates de syphilis: déformations crâniennes; malformations dentaires, etc.

Obs. VII (Haase). — Père et mère syphilitiques.
Première grossesse. Accouchement prématuré.
Seconde — Accouchement prématuré.
Troisième — Accouchement prématuré.
Quatrième — Enfant hydrocéphale; mort.
Cinquième — Enfant mort peu de temps après la naissance.
Sixième — Enfant scrofuleux, peut-être syphilitique.

Obs. VIII (Pr Pinard). — Père syphilitique; mère saine.
Première grossesse. Fausse couche.
Seconde — Fausse couche.
Troisième — Deux enfants: l'un hydrocéphale, mort; — l'autre n'ayant vécu que quelques minutes.

Obs. IX (Pr Pinard). — Père syphilitique ; mère saine.		
Première grossesse.		Fausse couche.
Seconde	—	Fausse couche.
Troisième	—	Fausse couche.
Quatrième	—	Enfant hydrocéphale ; mort. (Ici, traitement du père.)
Cinquième	—	(Traitement de la mère.) Enfant vivant et indemne.
Obs. X (Clouston). Père syphilitique ; mère saine.		
Douze grossesses.		
Troisième grossesse.		Enfant hydrocéphale ; mort.
Cinquième	—	Avortement.
Sixième	—	Enfant vivant, mais stigmates d'hérédité syphilitique : dents typiques d'Hutchinson ; infantilisme. — Épilepsie. — Vers l'âge de quinze ans, démence paralytique.
Septième	—	Avortement.
Huitième	—	Avortement.
Onzième	—	Enfant sourd-muet, épileptique et hydrocéphale.
Douzième	—	Enfant mort de méningite.

Et ainsi de suite.

Eh bien, est-ce qu'une telle association de symptômes n'est pas caractéristique, dénonciatrice, démonstrative? Est-ce qu'elle n'atteste pas en pleine évidenec le lien pathogénique qui rattache à l'hérédo-syphilis l'hydrocéphalie et la méningite? Est-ce qu'elle ne confère pas à ces deux affections l'estampille de la syphilis, et n'est-ce pas là pour l'une et l'autre un véritable *cachet d'origine?*

LI

TABES CONGÉNIAL SPASMODIQUE.

(Syndrome de Little.)

Une manifestation étrange, presque extraordinaire, qui s'observe quelquefois dès le plus jeune âge, a reçu le nom de tabes congénial spasmodique ou syndrome de Little (*Congenital spastic rigidity of limbs*)[1].

Sommairement, elle consiste en ceci : un état de contracture habituelle des muscles volontaires ; — contracture toujours prédominante sur les membres inférieurs ; — affectant aussi le plus souvent les membres supérieurs, quelquefois encore les muscles de la face et du cou ; — et respectant au contraire les muscles dont le fonctionnement dépend moins de la volition que d'un réflexe médullaire.

Avec addition d'un état exagéré des réflexes tendineux, cette contracture constitue à elle seule toute la maladie. Car, à cela près de la *spastic rigidity* des muscles, suffisante pour gêner et limiter les mouvements, mais non pour les abolir, on n'observe aucun trouble des autres fonctions. Santé générale restant indemne ; — intelligence intacte ;

1. On en trouvera une excellente description dans le livre de M. le Dr Marie sur les *Maladies de la moelle* (8e et 9e leçons).

— sensibilité normale; — sens spéciaux intacts; — absence d'atrophie musculaire, etc.

L'affection est *congéniale*. Mais, naturellement, elle ne devient appréciable qu'un certain temps (quelques mois en moyenne) après la naissance, de par l'entrave des mouvements volontaires; parfois même on ne s'en aperçoit que plus tard encore, de par la gêne, la difficulté, voire l'impossibilité de la marche.

Étiologiquement, elle était restée inexplicable jusqu'ici. Car c'était vraiment se payer de mots que de la rapporter « à la naissance avant terme, aux difficultés de l'accouchement, à des maladies inflammatoires du fœtus, etc. ». Mais voici, actuellement, que la syphilis semble devoir entrer en cause comme origine possible, voire certaine pour quelques cas du moins, de cette curieuse affection.

C'est qu'en effet, dans ces derniers temps, le tabes congénial spasmodique a été rencontré plusieurs fois en relation avec la syphilis héréditaire. Je viens, coup sur coup, d'en observer et d'en étudier trois cas en ville, avec le concours d'un neurologiste distingué, le Dr Gilles de la Tourette.

Le premier de ces cas vous est connu. Il est relatif à ce petit enfant de quatre ans qui, il y a quelques jours, nous fut adressé ici comme affecté « d'une parésie des quatre membres ». Examen fait, il s'agissait en toute évidence d'un tabes congénial spasmodique. Or, du premier coup d'œil nous avions jugé l'enfant entaché de syphilis héréditaire, et cela de

par ses déformations crâniennes, de par son front se projetant en carène sur la ligne médiane, de par ses malformations dentaires tout à fait caractéristiques, etc. Eh bien, l'enquête sur les parents a pleinement confirmé ce diagnostic; car j'ai retrouvé sur le père les antécédents spécifiques les plus nets (syphilis remontant à dix-sept ans et s'étant caractérisée par un chancre induré, une roséole, des plaques muqueuses anales, des plaques muqueuses buccales à récidives multiples, etc.).

Le second cas est plus formel et plus significatif encore. Il a trait en effet à deux enfants issus d'un père syphilitique, dont toute l'histoire morbide m'est connue, puisque c'est moi qui l'ai traité (syphilis en 1886; chancre induré, roséole, plaques muqueuses labiales et gutturales, adénopathies, etc.). Bien malheureusement, je n'ai pas eu sous les yeux l'aîné de ces enfants (actuellement décédé), mais il n'est pas douteux qu'il ait été affecté d'une maladie de Little, et cela de par les notes qu'a bien voulu me transmettre le médecin qui l'a observé, comme aussi de par les déclarations des parents affirmant que « la maladie de leur premier enfant est exactement reproduite par celle du second ». Or, ce dernier présente un type accompli de tabes congénial spasmodique[1]. — Deux enfants affectés de ce tabes dans la même famille, n'est-ce pas absolument probant?

D'après cela, donc, il ne saurait rester douteux

1. Ces deux observations seront prochainement publiées *in extenso* par M. le Dr Gilles de la Tourette et par moi.

que le syndrome de Little ne puisse être un des modes d'expression de l'influence hérédo-syphilitique.

Quoi d'étonnant à cela, d'ailleurs? Le tabes congénial spasmodique serait, dit-on, le résultat d'un arrêt de développement du faisceau pyramidal[1]. Eh bien, les arrêts de développement ne sont-ils pas communs, absolument communs dans l'hérédo-syphilis, ainsi que je vous l'ai tant et tant de fois démontré dans ce qui précède? Et même est-ce qu'ils ne constituent pas un des modes les plus familiers à l'hérédo-syphilis, une de ses expressions favorites par excellence? L'arrêt de développement, mais c'est toute une part et une bonne part de l'hérédo-syphilis.

Donc, à cet égard, le tabes congénial spasmodique rentrerait tout naturellement dans la catégorie des lésions et des symptômes dont l'hérédo-syphilis est coutumière. Ce ne serait qu'un exemple en plus de cette curieuse et néfaste influence *dystrophique* par laquelle se traduit si fréquemment la syphilis dans ses manifestations héréditaires.

LII

Un dernier chapitre me reste à ouvrir pour terminer notre sujet.

1. V. Dr Marie, ouvrage cité, p. 102.

L'hérédo-syphilis est-elle ou non susceptible de servir d'origine à quelques-unes des affections parasyphilitiques que nous avons vues dériver de la syphilis acquise?

Je débuterai par un aveu. C'est que, sur plusieurs des points qui devraient composer le chapitre actuel, nous sommes bien pauvres en documents précis, complets, suffisants. Il y a du reste motif et excuse à cela. Veuillez ne pas oublier que le sujet dont nous parlons est absolument neuf; nous n'en sommes encore qu'à ouvrir la tranchée. D'une part, en effet, la question de l'hérédo-syphilis, en ce qui concerne l'hérédité tardive, n'est que de date toute contemporaine; et, quant à celle des affections parasyphilitiques, d'autre part, elle est, pour ainsi dire, née d'hier.

N'importe, cependant. Voyons le peu que nous savons, et, si nous ne pouvons résoudre tous les problèmes qui vont actuellement surgir, ayons au moins le mérite de les poser.

I. — Pour la *neurasthénie* d'origine hérédo-syphilitique, tout reste à faire. Je confesse, en ce qui me concerne, une disette absolue de documents. — Disons toutefois que M. le professeur Kowalewsky (de Charcow) admet, à côté de la neurasthénie par syphilis acquise, une neurasthénie syphilitique héréditaire[1].

1. *Neurasthenie und Syphilis*, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1893.

II. — Je tiens pour très vraisemblable que l'hérédité syphilitique sera inscrite quelque jour et inscrite en bon rang dans l'étiologie de l'*hystérie*. Mais nous manquons de travaux sur la question, qui paraît n'avoir pas encore appelé l'attention des neurologistes.

Je dispose bien d'un certain nombre d'observations relatives à des sujets qui, issus de parents syphilitiques, ont présenté tels ou tels symptômes non douteux d'hystérie. Plusieurs médecins m'ont aussi relaté des cas de cet ordre. Comme exemple, je tiens d'un confrère distingué, le Dr P. Portalier, un fait intéressant dont voici le sommaire. Un jeune homme, né d'un père syphilitique, fut affecté, vers l'âge de quinze ans, d'une toux hystérique, laquelle dura six semaines et disparut subitement (ainsi d'ailleurs qu'elle était apparue). Plus tard, ce même sujet présenta des accès alternants d'anorexie absolue et de boulimie, sans parler de crises non moins singulières de polydipsie et de polyurie. En outre, il constitue, paraît-il, « un type accompli d'hystérique de par les irrégularités de sa vie, ses exagérations d'actes et de paroles, ses caprices, sa mobilité d'impressions, sa versatilité d'humeur, sa tendance à de continuels et sots mensonges dont il ne peut tirer aucun profit, etc., etc. »

Mais une poignée de faits ne saurait suffire à juger la question, surtout par rapport à une affection dont l'étiologie est si complexe et si variée, non moins que sujette à de continuelles surprises. Force

donc nous est de suspendre tout jugement et d'en appeler à des observations ultérieures.

III. — Pour l'*épilepsie*, la question est encore plus complexe et de solution bien autrement délicate ; vous allez en comprendre le pourquoi.

Ce n'est pas, à coup sûr, que les observations d'épilepsie hérédo-syphilitique fassent défaut. Loin de là, elles abondent. Tout le monde en a cité, tout le monde en a vu, et vous en trouverez une nombreuse collection dans mon livre sur la syphilis héréditaire tardive.

J'ai même, dans ce livre, établi une classification nécessaire des observations produites comme exemples d'épilepsie par syphilis héréditaire, en les ramenant à deux types : le type de l'épilepsie *pure et simple*, exempte de tout autre trouble cérébral ; — et le type de l'épilepsie *associée*, c'est-à-dire combinée à d'autres phénomènes cérébraux[1].

Ce second type n'étant pas en question ici, laissons-le de côté, et parlons simplement du premier, le seul qui nous intéresse pour l'instant.

Eh bien, oui, il est des cas où ce que réalise l'hérédité syphilitique se présente sous la forme de simples accidents épileptiques, c'est-à-dire où toute la scène morbide se réduit à ceci : une succession de crises épileptiques, et rien de plus.

1. V. Ouvrage cité, p. 460 et suiv.

Exemple schématique, reproduisant ce qu'on observe en l'espèce.

Un enfant hérédo-syphilitique (et généralement un enfant d'un certain âge, de 6, 7 à 12 ans) se trouve pris, au cours d'une santé d'ailleurs indemne, d'une crise convulsive subite. Soudain, il tombe sans connaissance; il se débat en des convulsions d'ordre comitial; il écume, se mord la langue; puis, au delà, il s'endort d'un lourd sommeil, pour se réveiller bientôt un peu troublé, mais sans conserver le moindre souvenir de ce qui vient d'avoir lieu. Et c'est tout. Aucun autre incident contemporain.

Puis, une seconde crise identique se produit à quelque temps de là.

Puis, une troisième crise, une quatrième, une dixième, une vingtième, etc., se succèdent à intervalles variables, toujours avec la même série de phénomènes.

Et c'est tout encore. Rien autre ne s'ajoute à la scène morbide. Et les choses se prolongent ainsi de longues années, voire d'une façon pour ainsi dire indéfinie.

De sorte qu'au total, étant donné un cas de ce genre, le médecin se trouve en présence d'un enfant qui a des crises convulsives, incontestablement épileptiques, mais qui *n'a que cela*, et qui, à part cela, reste un sujet bien portant, exempt de toute autre manifestation morbide, exempt notamment de toute autre manifestation cérébrale.

Voilà ce qu'on observe. Eh bien, à quoi répond un tel ensemble de phénomènes et comment l'interpréter? Tel est le problème.

Que ce soit là une épilepsie développée sous l'influence de la syphilis, une épilepsie dont la syphilis est responsable, cela ne fait pas ou ne fait plus question, après tant et tant de cas de cet ordre que l'observation a constatés chez les hérédo-syphilitiques[1].

Mais voici le point délicat : Cette épilepsie est-elle *de nature* ou simplement *d'origine* syphilitique?

On est tenté de juger la question tout aussitôt et de dire : Une épilepsie d'une part aussi exclusive en sa forme et, d'autre part, aussi durable ne saurait être en toute vraisemblance qu'une épilepsie parasyphilitique; car, si elle dérivait de lésions syphilitiques, elle devrait se conduire à la façon

1. Telle est également l'opinion d'un neurologiste distingué, M. le Dr Brissaud, professeur agrégé de notre Faculté. J'extrais ce qui va suivre d'une communication qu'il m'a adressée à ce sujet.

« ... J'ai été bien des fois surpris de voir l'épilepsie chez des enfants indemnes de toute tare nerveuse héréditaire et de tout antécédent morbide personnel. Comme je tiens pour certain que l'épilepsie est l'expression superlative de la dégénérescence nerveuse familiale, je me suis toujours efforcé, en présence de pareils cas, de rechercher jusqu'aux moindres stigmates de nervosisme chez les ascendants. Or, quand il m'arrivait de ne rien trouver de ce côté, toujours ou presque toujours, en revanche, j'obtenais l'aveu d'une syphilis ancienne de la part du père.... Autant que je me rappelle, j'ai bien rencontré dix ou douze cas de cet ordre ; mettons huit, et je resterai certainement en deçà du chiffre vrai. »

de l'épilepsie symptomatique de telles lésions, laquelle a bientôt fait, comme on le sait, de se combiner à d'autres symptômes et de constituer un état cérébral à la fois complexe et grave.

Sans doute, répondrai-je. Mais cette raison, bien que valable, n'est qu'à moitié valable; car on a vu plusieurs fois ce qu'on n'aurait pas osé supposer *a priori*, ce que même *a priori* on eût volontiers déclaré impossible, à savoir : des épilepsies exclusivement épileptiques (passez-moi la façon de dire) et persistant sous cette forme depuis de longues années céder au traitement spécifique, s'amender, s'apaiser, et guérir. A n'en citer que deux exemples, Ripoll et Althaus ont publié des cas où des épilepsies d'origine hérédo-syphilitique, datant l'une de *sept* ans et l'autre de *dix* ans, ont été guéries par le traitement spécifique[1].

1. Le cas de Ripoll est relatif à un jeune homme qui, né d'un père syphilitique, fut pris, à l'âge de douze ans, « d'accidents d'épilepsie convulsive, lesquels se répétèrent ensuite à intervalles assez réguliers, ne dépassant jamais deux mois ». Ces accidents se continuèrent ainsi pendant *dix ans*, sans se compliquer d'autres troubles cérébraux, et ils persistaient encore lorsque, par bonheur, ce jeune homme vint à être affecté de lésions osseuses (périostoses tibiales et claviculaires). La nature spécifique de ces dernières lésions ne pouvant rester douteuse, un traitement antisyphilitique (pilules de Dupuytren, iodure de potassium, frictions mercurielles) fut aussitôt mis en usage. Or, ce traitement eut pour résultat non pas seulement de résoudre les périostoses, mais encore de guérir l'épilepsie, laquelle, à dater de ce moment, suspendit absolument et définitivement ses accès. (*Accidents tardifs de la syphilis héréditaire*, Revue médicale de Toulouse, 1880).

Althaus a relaté un fait de même genre se résumant en ceci.

Un enfant de neuf ans lui est amené comme épileptique. Il a eu

Ce qu'il nous faudrait, pour affirmer le caractère parasyphilitique de l'épilepsie en question, ce se-

ses premières crises, dit-on, à l'époque où il faisait ses dents. Ces crises ont alors duré six mois. Puis elles ont cessé, pour reparaître vers l'âge de deux ans, et elles ont toujours persisté depuis lors. Elles sont même devenues plus intenses et plus fréquentes depuis un certain temps. Ce sont de vrais accès de grand mal, avec aura, perte de connaissance, convulsions violentes, écume à la bouche, morsure de la langue, miction involontaire, sommeil terminal, etc. L'enfant en est arrivé à ne plus passer une semaine sans attaques. En général, il en a quatre ou cinq dans une journée, quelquefois jusqu'à sept, après quoi se fait un répit d'un à deux jours. Cependant son intelligence s'est conservée et reste « d'une bonne moyenne ». Ce n'est que récemment qu'il a éprouvé un certain affaiblissement de la mémoire. Santé du reste absolument bonne, à part un certain degré d'anémie.

Dans l'ignorance où l'on était d'abord des antécédents spécifiques de la famille, on commence par soumettre l'enfant à toute une série de traitements d'usage habituel contre l'épilepsie (bromure de potassium, belladone, arsenic, etc.), et l'on continue ainsi pendant sept mois. Nulle amélioration ne se produit (remarquez bien cela, Messieurs, je vous prie); tout au contraire, les accès se continuent, et même l'intelligence commence à péricliter.

A ce moment, la mère de l'enfant vient réclamer pour elle une consultation, à propos d'une lésion ulcéreuse du pied, lésion qui est reconnue d'ordre manifestement syphilitique. On s'informe alors, on établit une enquête, et l'on apprend que le père a eu la syphilis il y a quinze ans, qu'il en a éprouvé toute une série d'accidents, et qu'actuellement encore il est affecté de manifestations spécifiques.

Sur ces données nouvelles, on modifie la médication suivie jusqu'alors, et l'on soumet l'enfant à l'usage de l'iodure de potassium. Dès les trois premières semaines de ce traitement, les crises convulsives deviennent moins intenses et moins fréquentes La semaine suivante, une seule attaque se produit. Au delà, suspension absolue des crises ; et, quatre mois plus tard, l'enfant sort de l'asile en bon état. (*The medical Times*, août 1874, t. I. p. 399.)

Soit dit incidemment, quel enseignement comportent de tels exemples ! Et quelles ressources offre de la sorte le traitement spécifique aux malades qui pourraient avoir *le bonheur* de devoir leur épilepsie à une infection syphilitique héréditaire !

raient, d'une part, le contrôle d'autopsies négatives en tant que lésions spécifiques, et, d'autre part, le témoignage d'une absolue inefficacité du traitement spécifique.

Or, des autopsies, nous n'en avons pas, même une seule. Le témoignage thérapeutique, voilà seulement ce dont nous disposons; et c'est bien peu, c'est trop peu pour conclure en matière aussi délicate, on me l'accordera.

Certes, je le répète, nous ne manquons pas de cas où des épilepsies qui se sont produites sur des sujets hérédo-syphilitiques sans autre cause possible à invoquer que la syphilis, sans hérédité nerveuse notamment, se sont prolongées, voire perpétuées en leur forme, en se montrant réfractaires, absolument et définitivement réfractaires au traitement spécifique. J'en pourrais citer et tout le monde pourrait en citer des exemples. Mais cette considération est-elle absolument suffisante pour trancher le débat, et sommes-nous autorisés de par elle seule à conclure que l'hérédo-syphilis est susceptible d'engendrer une épilepsie sans lésions et d'ordre parasyphilitique? Je ne le crois pas, et, dans cette opinion, je préfère me borner pour l'instant à signaler le problème sans chercher à le résoudre.

LIII

TABES HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

IV. — En revanche, nous pouvons être bien autrement explicites en ce qui concerne deux grandes affections dont il me reste à vous parler, à savoir le tabes et la paralysie générale.

Pour le tabes, nous possédons aujourd'hui un certain nombre de cas attestant d'une façon non douteuse sa connexion pathogénique avec l'hérédo-syphilis.

Telle est l'importance de la question que quelques-uns de ces faits demandent à être produits au titre de pièces justificatives.

En voici quatre, d'abord, qui me sont personnels. (Je ne les place en première ligne que par ordre chronologique.)

1. — Le premier est relatif à un malade de nos salles, dont je vous ai parlé longuement dans une conférence antérieure[1] et que rappellera probablement à vos souvenirs la particularité curieuse d'une fracture spontanée survenue tout à fait au début de la période préataxique. Vous savez si nous avons soigneusement recherché sur ce malade la cause de son tabes. Tout d'abord, nous

1. V. *Tabes d'origine hérédo-syphilitique probable ; fracture spontanée*, leçon recueillie par le Dr Bruchet. (*France médicale*, 1885.)

n'avons rien trouvé, pas même la syphilis, qui cependant fait si rarement défaut dans les antécédents des tabétiques. Puis, un examen plus minutieux nous a conduits à découvrir sur lui plusieurs signes de l'ordre de ceux qui témoignent le plus communément d'une infection spécifique héréditaire, à savoir : 1° une taie cornéenne; — 2° des antécédents d'ophthalmies chroniques, qui auraient affecté le malade pendant toute son enfance; — 3° des malformations dentaires multiples, sous forme de sillons transverses très accentués, d'érosions, de lésions atrophiques affectant le sommet de plusieurs dents. — A coup sûr, ces divers signes (les seuls d'ailleurs qu'il nous ait été possible de relever) ne nous permettent pas d'affirmer d'une façon absolument positive une infection hérédo-syphilitique chez le malade en question, mais ils nous autorisent pour le moins à la soupçonner, à la considérer comme très probable.

II. — Un second cas, plus complet, que j'ai recueilli en ville, concerne une femme de trente ans, déjà profondément ataxique à l'époque où je la vis pour la première fois. Chez cette femme, le tabes avait débuté — chose rare et digne de remarque en l'espèce — vers l'âge de vingt ans. Or, cette malade était indemne de toute contamination syphilitique personnelle; mais elle fournissait une série de renseignements qui laissaient peu douteuse sur elle l'existence d'une infection spécifique héréditaire. Son père, nous disait-elle, était

mort « des suites d'une syphilis qu'il avait contractée dans sa vie de garçon ». Sa mère avait fait de très nombreuses fausses couches que divers médecins avaient rapportées à la maladie du mari. Elle-même avait été affectée, vers l'âge de trois à quatre ans, d'un « mal d'yeux grave et chronique », qui avait duré quinze à dix-huit mois et qui s'attestait encore par la persistance d'un néphélion sur l'une des cornées.

III. — Le troisième fait dont je dispose est relatif à un jeune garçon chez lequel, comme chez la malade précédente, le tabes débuta d'une façon singulièrement prématurée. A dix-huit ans il était déjà ataxique (sans même tenir compte de divers prodromes sur lesquels il s'expliquait mal, mais qui semblaient de nature à faire reporter le début du tabes proprement dit au seuil même de l'adolescence). Or, ce jeune homme était indemne de toute contagion syphilitique, et même il n'avait jamais eu de rapports sexuels. En recherchant sur lui la cause, le pourquoi de ce tabes, je découvris trois signes peu douteux d'infection héréditaire, à savoir :

1° De nombreuses cicatrices lombo-fessières, du genre de celles que Parrot a si bien étudiées et décrites. Mon regretté collègue, à qui je montrai le malade, me déclara que, pour lui, ces cicatrices étaient « absolument typiques et démonstratives ».

2° Plusieurs érosions dentaires, sous forme de sillons ou d'atrophies cuspidiennes. — En outre,

une canine était absolument amorphe, au point de ressembler moins à une dent qu'à un caillou jaunâtre.

3° Une atrophie scléreuse des deux testicules, qui offraient tout au plus le volume de petites olives, avec une dureté ligneuse. En l'absence de tout antécédent, de tout commémoratif capable d'expliquer une telle dégénérescence, il était au moins rationnel d'en chercher l'origine dans ces orchites infantiles de la syphilis héréditaire qu'a signalées un médecin distingué, le Dr Hutinel, et qui sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

IV. — Enfin, mon quatrième cas concerne un malade profondément ataxique, indemne de syphilis acquise, mais présentant lui aussi, comme les trois précédents, divers signes non douteux, je dirai même presque positifs, d'infection héréditaire. D'autre part, comme document complémentaire, cet homme affirme (et il est absolument catégorique sur ce point) que son père « a été affecté de la syphilis et traité pour la syphilis à l'hôpital du Midi en 1840, c'est-à-dire juste un an avant de lui donner naissance ». Il tient cela, assure-t-il, de source bien certaine, et maintes fois on lui a dit dans sa famille « qu'il lui arriverait malheur, parce qu'il était né d'un mauvais sang ».

V et VI. — Voici maintenant deux cas de B. Remak dans lesquels le tabes s'est produit sur de jeunes sujets *certainement* hérédo-syphiliti-

ques, et cela (remarquez bien cette particularité, je vous prie) vers *neuf ans* sur l'un et *treize ans* sur l'autre. Ces *tabes juvéniles* ne forment-ils pas les dignes pendants de ces « paralysies générales juvéniles » dont je vous ai déjà entretenus et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir dans un instant? Vous allez en juger.

Obs. I (*Sommaire*). — Marie D..., âgée de douze ans. — Née d'un père qui a contracté la syphilis en 1866 et d'une mère également syphilitique, laquelle est encore affectée actuellement d'une périostose frontale. — Cette femme a eu onze grossesses, dont quatre se sont terminées par des fausses couches, et dont trois autres ont donné naissance à des enfants qui sont morts au cours de leur première année. — Trois enfants survivants, dont Marie D... est l'aînée.

Bonne constitution. — Comme antécédents morbides, rougeole, scarlatine, varicelle et diphthérie. — En outre, à neuf ans, chute sur l'occiput, sans accidents consécutifs.

Peu de temps après, invasion des symptômes de l'affection tabétique actuelle, sous forme de troubles urinaires (incontinence d'urine, nocturne et diurne; miction difficile et lente). — Puis, incontinence des matières fécales, symptôme qui a disparu depuis neuf mois. — Plus tard, pertes de connaissance; — céphalée occipitale; — ptosis; — diplopie; — abaissement progressif de l'acuité visuelle.

Actuellement, vue très affaiblie. — A l'ophthalmoscope, on constate un certain degré d'*atrophie des nerfs optiques*, avec rétrécissement des vaisseaux de la papille.

D'autre part, *douleurs en ceinture*; — *douleurs fulgurantes* dans les bras et les jambes, parfois accompagnées de petites secousses dans les extrémités; — *diminution de la sensibilité* au toucher et à la douleur, surtout dans les membres inférieurs; — symptômes de *paresthésie* (sensations de froid. d'engourdissement dans les bras et les jambes); — abolition

complète des *réflexes rotuliens*; — de temps à autre, *crises gastriques* avec vomissements; — troubles urinaires persistants; etc.

Obs. II. (*Sommaire*). — R. Ernest, âgé de seize ans. — Né d'un père syphilitique, qui présente actuellement divers signes non douteux de tabes.

Débile depuis son enfance. — Peu de temps après sa naissance il a présenté divers accidents qui paraissent peu douteux en tant que manifestations d'hérédité spécifique (coryza, boutons sur la tête, boutons sur tout le corps).

Depuis trois ans, accidents intermittents d'*incontinence urinaire* nocturne. — Enfin, depuis deux ans, accès de *douleurs déchirantes dans les incisives*, qui sont cependant très saines. — *Signe de Romberg* très accentué. Le malade titube dès qu'il ferme les yeux ou dès qu'on lui commande de tourner rapidement sur les talons. — *Hyperesthésie* au niveau de la septième vertèbre cervicale. — *Anesthésie* au toucher et à la douleur, principalement à la face interne des cuisses. — Abolition complète des *réflexes rotuliens*[1].

VII. — Strümpell a relaté un cas fort intéressant de *paralysie générale associée au tabes* sur une jeune fille de treize ans (Remarquez encore l'âge). En voici le sommaire :

« Fillette de treize ans, admise à la clinique d'Erlangen le 6 juin 1887. — Père ayant contracté la syphilis en 1870. Marié en 1871. — Trois enfants : 1° la fillette qui fait le sujet de l'observation; née en 1872; — second enfant mort-né; — troisième enfant bien portant. — Antécédents : Enfant toujours débile. — Intelligence moyenne. — Éruptions cutanées dans l'enfance. — A sept ans, affection oculaire. — A treize ans (octobre 1885), attaque suivie de parésie passagère du bras droit et de la jambe gauche. — Pendant un an, répétition de ces attaques environ tous les mois. Dès la première et

1. Berlin. Klin. Wochensch, 1885, n° 7.

peut-être plus tôt, enfant devenue paresseuse, inattentive. — Puis, troubles de la parole, et incertitude de la marche. — Douleurs dans le côté et l'abdomen — Par intervalles, gâtisme nocturne.

Actuellement : *démence paralytique* simple, sans délire. — Affaissement intellectuel très marqué ; niaiseries. — Courts accès d'excitation. — Tous signes physiques de paralysie générale. — *Marche ataxique* et incertaine. — Iodure de potassium. — Semblant d'amélioration de la marche et de la parole. — Puis, nouvel accès de paralysie en octobre 1887. » (L'observation s'arrête là[1].)

De tels cas — sans parler de quelques autres que j'y pourrais adjoindre — sont nettement démonstratifs et n'ont vraiment besoin d'aucun commentaire. Ils attestent en toute évidence que *le tabes peut dériver d'une infection héréditaire aussi bien que d'une infection acquise.*

Et, en vérité, ce résultat n'était-il pas à prévoir? Car, plus s'est élargi le champ de nos connaissances relativement à la syphilis héréditaire tardive, plus s'est confirmée la démonstration de ce fait, à savoir : que l'hérédo-syphilis est susceptible de réaliser, à des échéances d'ailleurs très variables, la plupart des manifestations morbides qui ressortissent à la syphilis acquise.

De là, disons-le incidemment, ce précepte majeur pour la pratique : *Dans la recherche étiologique du tabes, faire toujours une place à la syphilis héréditaire.*

1. *Neurologisches Centralblatt*, 1888, n° 5.

Jusqu'à ce jour, on en conviendra, il n'a guère été dans la coutume de se préoccuper de l'hérédo-syphilis à propos de l'étiologie du tabes. Eh bien, c'est là un élément dont il faudra tenir compte désormais. Il faudra, pour toute enquête complète sur les origines du tabes, interroger les antécédents héréditaires au point de vue de la syphilis, tout comme on interroge aujourd'hui les antécédents personnels. — Et soyez sûrs que, de ce fait, le quotient de l'influence syphilitique dans l'étiologie du tabes, si considérable soit-il déjà, se trouvera encore rehaussé.

LIV

PARALYSIE GÉNÉRALE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

V. — Enfin, relativement à la paralysie générale, vous savez déjà, messieurs, à quoi vous en tenir sur ses relations pathogéniques avec l'hérédo-syphilis ; car c'est là un point dont j'ai été conduit à vous parler dans ce qui précède.

Rappelez-vous ces paralysies générales *juvéniles* que j'ai signalées à votre attention. Eh bien, nous les avons vues, pour une proportion considérable (presque la moitié des cas), dériver d'une influence hérédo-syphilitique.

C'est à M. Régis que nous devons la lumière sur ce point. Cet observateur distingué a réuni quatorze cas de paralysie générale ayant fait invasion dans le jeune âge (de 13 à 19 ans). Or, sur ce nombre il en a trouvé six dérivant certainement et une (peut-être deux) dérivant probablement de l'infection hérédo-syphilitique[1].

Quatre s'étaient produites sur de jeunes garçons, et trois sur des fillettes. — Et l'invasion morbide s'est faite à 13, 14, 15, 16, 18 et 18 ans.

Au reste, voici le sommaire de ces si curieuses observations.

Obs. I, due à Strümpell. (C'est l'observation déjà citée p. 351.)

Obs. II (Davidoff)[2]. — Garçon de 17 ans, étudiant. — Père syphilitique. — Mère ayant été aliénée, bien portante actuellement. — Onanisme. — Maladie présentant les symptômes caractéristiques de la paralysie générale.

Obs. III. (Bjeljakow)[3]. — Garçon de 19 ans. — Père syphilitique. — Enfant toujours faible. — Cependant, développement physique et mental irréprochables. — Malformation du front. — Coryza et otorrhée dans l'enfance. — Constatation de syphilis héréditaire, et frictions mercurielles à ce propos.

A dix-neuf-ans, excitation, avec idées confuses de persécution. — Démence paralytique simple, sans délire. — Crises épileptoïdes. — Mort à 22 ans.

1. Sans parler d'un autre cas dérivant d'une syphilis acquise (infection probable par une nourrice, obs. V).

2. *Russ. Arch. f. Psych.* — Anal. in *Allgemeine Zeitsch. f. Psych.*, 1889.

3. Anal. in *Neurol. Centralblatt*, 1890, n° 12.

A l'autopsie, épaississement des os du crâne, surtout dans la région frontale. — Ostéophytes. — Méninges épaissies, troubles, entièrement soudées à la couche corticale qui est amincie. — Substance nerveuse sanguinolente. — Hydrocéphalie interne. — Granulations épendymaires.

Au microscope, sclérose intercellulaire, dégénérescence des cellules, et atrophie des tubes nerveux.

Obs. IV. (Clouston)[1]. — Fillette. — Père syphilitique. — Mère atteinte, peu après la naissance de cette enfant, de névralgies très intenses, puis de trouble mental avec idées délirantes. — Huit enfants : 3 vivants, 5 mort-nés.

Antécédents personnels : Bonne santé. — Intelligence développée. — Dents d'Hutchinson. — Seins rudimentaires. — Jamais menstruée. — A 15 ans, eczéma de la tête. — Puis, obtusion, amnésie, indolence progressive. — Admise à l'Asile d'Édimbourg en juillet 1890, à l'âge de 16 ans.

A l'asile, on constate : Démence paralytique, avec quelques idées délirantes de grandeur (se croit apparentée à la Reine, etc.). — Très enfantine dans son aspect, ses manières, son langage. — Tous signes physiques de paralysie générale. — Trois semaines après l'admission, stupeur mélancolique, avec idées hypochondriaques (obstruction d'organes). — Alimentation forcée. — Cessation de la stupeur au bout d'un mois. — Démence et parésie progressives. — Troubles vaso-moteurs avec refroidissement des extrémités. (L'observation s'arrête en mars 1891.)

Obs. V. (Clouston)[2]. — Fillette de 15 ans. — Père syphilitique. — Oncle paternel mort de paralysie générale. — Cousin paternel de la mère aliéné, puis dément. — Douze grossesses : 3 fausses couches; — 3 enfants morts, dont un d'hydrocéphalie et un de méningite ; — 6 enfants vivants, dont l'un est sourd-muet, épileptique et hydrocéphale.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle. — Intelligence nette. — Indolence. — Dents typiques d'Hutchinson. Seins rudimentaires. — Jamais menstruée. — Aspect enfantin. — De 6 à 9 ans, trois ou quatre attaques épileptoïdes

1. *Edinburg med. Journ.*, 1891.
2. *Ibidem.*

annuellement. — Vers 14 ou 15 ans, perte subite de connaissance, suivie de prostration pendant deux jours. — Deux autres crises de ce genre un peu avant le début de la maladie (15 ans). — Tout d'abord, diminution de l'activité, indolence, indifférence, erreurs, oublis, affaiblissement mental; puis, parole hésitante, difficulté de la marche, et faiblesse musculaire. — Admise à l'Asile d'Édimbourg en juillet 1890, à l'âge de 19 ans.

Résumé des symptômes : Démence paralytique simple, sans délire. — Signes physiques très accentués. — Nystagmus. — Taches disséminées de choroïdite périphérique, constatées par Argyll Robertson et considérées par lui comme manifestation de syphilis héréditaire. — Refroidissement des extrémités, avec coloration variable du rouge au bleu. — Taches de gangrène avec érysipèle sur les pieds, puis, successivement, sur les malléoles et le sacrum. — Diarrhée. — Mort par consomption le 12 janvier 1891.

A l'autopsie, lésions caractéristiques de paralysie générale. — Fortes adhérences de la dure-mère à la voûte crânienne, le long de la suture coronale. — Fins tractus d'adhérence entre la dure-mère et l'arachnoïde. — Pie-mère épaissie et résistante. — Légère atrophie des circonvolutions en avant. — Adhérences méningo-encéphaliques très manifestes au lobe frontal. — Ventricules latéraux dilatés, avec quelques granulations épendymaires. — Granulations épendymaires très nombreuses au quatrième ventricule. — Epaississement et adhérences des méninges rachidiennes.

Au microscope, dégénérescence marquée des cellules.

Obs. VI. — (Dr Ballet)[1]. — Garçon de 19 ans. — Stigmates de syphilis héréditaire. — Os du nez écrasés à la base. — Dents mal conformées, les unes naines, les autres à bords irréguliers. — Tibias fortement incurvés. — Admis à l'hôpital Saint-Antoine au début de 1891.

Démence paralytique, avec idées délirantes de grandeur (se croit colonel, possède un grand nombre d'actions de chemins de fer, etc.) — Ce délire disparaît très vite, et le ma-

1. Leçon clinique inédite, 1891.

lade tombe dans un état de démence rapide et très accusée. — Dès le début, inégalité des pupilles, troubles de la parole, tremblement des mains, difficulté de la marche.

Diagnostic : Paralysie générale chez un individu atteint de syphilis héréditaire.

Mort vers la fin de 1891.

A l'autopsie, lésions caractéristiques de paralysie générale[1].

Que dire de tels cas, sinon qu'ils imposent la eonvietion?

Tout eommentaire serait done superflu, et je me bornerai à énoneer la conelusion qui dérive des faits préeédents, à savoir :

Qu'en toute assuranee, au-dessus de toute contestation possible, *la paralysie générale peut dériver de l'infection syphilitique héréditaire*, tout eomme elle dérive — et si fréquemment! — de l'infeetion syphilitique aequise.

1. Toutes les observations qui précèdent sont empruntées au travail si intéressant du Dr E. Régis (*Syphilis et paralysie générale*, Arch. cliniques de Bordeaux, juillet 1892).

LV

Messieurs, j'ai achevé la revue des affections parasyphilitiques que mon dessein était de soumettre à votre attention.

Mais gardez-vous avec moi de croire ce sujet épuisé. Je vous l'ai dit et vous le répète, ne considérez ce qui précède qu'au titre d'un premier essai, d'une ébauche, d'une esquisse. La question est tout à fait neuve, inexplorée encore sur beaucoup de points, à peine dégrossie comme étude d'ensemble. Elle n'est même pas délimitée, définie, et elle ne pourra l'être que le jour où la bactériologie aura dit son mot, j'entends aura mis son estampille sur les affections parasyphilitiques et démontré ce en quoi, comme caractères de nature, d'essence, elles se différencient des affections syphilitiques vraies, proprement dites. Or, ce jour n'est pas venu, et peut-être l'attendrons-nous longtemps encore.

Mais n'importe. Telle qu'elle est et si incomplète que je regrette de la laisser, l'étude qui précède aura pu, je l'espère, avoir quelque utilité pour vous, si elle a réussi à réaliser le double objectif que j'avais en vue, à savoir : 1° vous montrer ce qu'il faut entendre par « affections parasyphilitiques », ce en quoi consistent ces manifestations indirectes ou médiates de la syphilis; — 2° et sur-

tout vous convaincre de la gravité, de l'extrême gravité qui leur est inhérente, tant en raison de la qualité des types pathologiques qui leur sont familiers que de l'insuffisance, de l'inefficacité des méthodes thérapeutiques dont nous disposons contre elles.

Ce dernier point, notamment, est majeur, capital, et j'appelle encore sur lui votre attention en achevant cet exposé. C'est bien positivement cette insuffisance, laissez-moi dire cette *faillite* du traitement antisyphilitique vis-à-vis des affections que nous venons d'étudier, qui leur confère leur note dominante, leur caractéristique différentielle, au double point de vue de la nosologie et du pronostic.

J'ajouterai que de là même dérive une conséquence d'ordre pratique, dont vous allez concevoir la portée.

Puisque la thérapeutique se dérobe dans les cas de ce genre, puisqu'elle nous laisse désarmés, quelle sera donc notre sauvegarde contre ces terribles dérivés de la syphilis qui s'appellent, par exemple, l'ataxie et la paralysie générale? De sauvegarde en l'espèce, hélas! je n'en vois d'autre vraiment que la *prophylaxie* même de la syphilis. Oui, il nous faut, pour trouver une égide contre ces deux fléaux, remonter jusqu'à la cause même de leur cause, c'est-à-dire jusqu'à la *contagion* de la syphilis et attaquer, combattre dans ses origines cette contagion néfaste.

Cela est tellement vrai, cela est tellement dans la logique des choses que déjà un savant aliéniste, jetant le cri d'alarme devant le flot toujours montant, paraît-il, de la paralysie générale, a réclamé, en son nom, à lui aliéniste,... devinez quoi : des mesures de prophylaxie publique contre la syphilis[1] ! Soit dit au passage, qui se fût attendu jamais à voir les aliénistes en cette affaire? Qui se fût attendu à les voir devenir nos collaborateurs pour l'étude des origines et des moyens de répression de la syphilis?

Je termine. — A coup sûr, l'annexion à la syphilis des affections parasyphilitiques aggrave considérablement le pronostic de cette grande infection, en la chargeant de responsabilités écrasantes que vous connaissez maintenant. C'est là une vérité qui, malheureusement, n'est que trop authentique.

1. «... La question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis a une importance capitale, parce qu'elle se rattache d'un côté à l'histoire d'une des maladies cérébrales les plus graves, de l'autre, à cette grande question d'hygiène et de préservation sociales dont tout le monde se préoccupe avec raison aujourd'hui : la *prophylaxie de la syphilis*. Il est d'autant plus à désirer que la discussion engagée à ce sujet devant l'Académie de médecine aboutisse rapidement à des mesures efficaces que *la diminution des chances de contagion de la syphilis peut et doit*, si l'opinion scientifique prédominante est fondée, *diminuer par cela même le nombre toujours grandissant des cas de paralysie générale*, c'est-à-dire d'une des maladies les plus redoutables, puisqu'elle frappe l'homme de déchéance physique et morale à l'apogée de la vie. » — E. Régis, *Note sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis*, Gazette méd. de Paris, 1888, p. 308.

Eh bien, cette vérité, j'ai cru qu'elle était de l'ordre de celles qui sont *bonnes à dire*, et je viens de la dire *in extenso* dans l'exposé qui précède.

C'est qu'en effet la révélation et la vulgarisation de cette vérité m'ont paru répondre à un double intérêt : intérêt *scientifique*, consistant à rattacher à une cause tous ses effets, à grouper autour de cette cause tous les accidents morbides dont elle est responsable, bref à montrer la syphilis pour *ce qu'elle est* en réalité, avec toutes ses conséquences possibles, directes ou indirectes ; — intérêt *pratique*, pouvant dériver de cela même, à savoir d'une connaissance plus exacte et plus vraie de la maladie.

Car, à ce dernier point de vue, si la syphilis était appréciée à son taux véritable de malfaisance et de nocivité, si le public médical voulait bien se rendre compte de tout ce dont elle est réellement coupable, et, *a fortiori*, si le public extra-médical pouvait savoir ou voir de ses yeux ce que nous voyons, nous, soit dans nos services spéciaux, soit dans nos cabinets de consultations, cela pourrait à coup sûr créer un courant d'opinion qui modifierait un état de choses actuel si profondément regrettable à tant et tant de points de vue. Dans l'état de choses actuel, *on ne craint pas assez la syphilis*, et surtout *on ne s'en défend pas assez*, et l'on ne demande pas assez aux pouvoirs publics d'en défendre la société. De là bien des erreurs de pratique médicale, bien des indifférences, des négligences, des relâchements, des laisser-aller admi-

nistratifs ou autres, qui concourent au détriment général.

Tandis que, si l'on se plaçait en face de la vraie vérité, comme il convient de le faire quand on veut se rendre compte des forces d'un ennemi et proportionner à l'attaque les moyens de défense, bien des pratiques traditionnelles et routinières d'aujourd'hui céderaient le pas à des agissements mieux inspirés, plus conformes à la triste réalité des choses et plus féconds en heureux résultats.

Peut-être bien, alors, les médecins comprendraient-ils qu'il convient de s'occuper de la syphilis plus qu'on ne le fait en général, et surtout de lui opposer un traitement répressif plus énergique, moins uniforme, plus prolongé que celui auquel la plupart des malades sont soumis de nos jours. D'ailleurs, est-ce que l'annexion à la syphilis des grandes affections nerveuses que nous venons de décrire ne nous impose pas des indications nouvelles, exigeant de notre thérapeutique des efforts nouveaux? Est-ce qu'il n'est rien autre à faire pour protéger les malheureux syphilitiques contre la paralysie générale ou le tabes qu'à leur prescrire et à leur prescrire exclusivement le traitement banal par le mercure et l'iodure[1]?

En second lieu, peut-être bien aussi notre Faculté comprendrait-elle qu'il y a un intérêt public, géné-

1. C'est là un point de haute importance sur lequel je me suis efforcé d'appeler l'attention dans une publication récente. — V. *Traitement de la syphilis*, p. 577 et suiv.

ral, à exiger de ses élèves, nos futurs docteurs, une éducation suffisante sur l'une des plus fréquentes et des plus graves maladies qu'ils auront à traiter, et à faire pour la syphilis ce que, par exemple, elle a fait récemment pour l'obstétrique[1]. Par un vote *unanime*, l'Académie de médecine avait réclamé de ladite Faculté des réformes en ce sens il y a quelques années, lors de la grande discussion relative à la prophylaxie publique de la syphilis.

1. «... Il faut bien en convenir, disait le Rapport de la Commission académique sur la prophylaxie publique de la syphilis, la syphilis, dans l'état de choses actuel, est peu connue des médecins. Elle n'est réellement connue que de ceux, en petit nombre, qui ont été attachés comme internes, externes ou stagiaires, aux quelques services spéciaux de la capitale et des grandes villes de province. Combien d'étudiants achèvent leurs études et passent leur thèse sans avoir mis le pied dans les hôpitaux spéciaux autrement que pour une ou quelques visites de curiosité! Dans les examens de l'École, combien il est rare que les candidats soient interrogés sur la syphilis! On évite même cet ordre de questions « spéciales » pour ne pas embarrasser les élèves, voire les bons élèves, qui peuvent avoir fait des études consciencieuses dans les hôpitaux généraux sans avoir eu l'occasion ou le loisir d'apprendre la syphilis.

« Conséquence : le plus grand nombre des étudiants se lancent dans la pratique en n'emportant des bancs de l'École que des connaissances superficielles, élémentaires, rudimentaires, sur les affections vénériennes en général et sur la syphilis en particulier.

« Et alors, conséquence de la conséquence, les erreurs sur la syphilis pullulent en pratique, erreurs parfois déplorables au point de vue de l'individu, de la famille, des nourrices, de tout le monde, erreurs qui pourraient être évitées par une éducation plus complète sur l'importante maladie qui comporte à la fois et tant de dangers individuels et tant de conséquences sociales, etc... ».

Et, au nombre des mesures capables de développer dans les jeunes générations médicales les connaissances syphiliographiques indispensables au praticien, la Commission académique avait inscrit la suivante :

« Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa

Mais vous savez qu'en notre pays les bonnes idées ont toujours besoin d'une très longue période d'incubation avant d'entrer dans la pratique; et nous n'en sommes encore sur ce point qu'à la période d'incubation.

Peut-être bien, enfin (et toujours dans la même hypothèse), nos Conseils d'hygiène, nos édiles, nos députés ne dédaigneraient-ils plus de s'occuper de toutes choses afférentes à l'expansion toujours croissante de la syphilis. Peut-être consentiraient-ils, pour le plus grand bien de tous, à étudier, par exemple, ce qu'a produit chez nous la transformation qui s'est opérée de nos jours dans la prostitution parisienne, où des filles libres de brasseries et de débits de vin se sont peu à peu substituées aux filles surveillées de l'ancien temps. Peut-être chercheraient-ils à se rendre compte de ce qu'a produit dans un pays voisin un essai en grand de prostitution libre. Peut-être enfin prendraient-ils à tâche d'édifier, de codifier un ensemble de mesures de prophylaxie publique contre cette terrible maladie que déjà un ancien et illustre hygiéniste (sans connaître cependant tout ce dont actuellement nous la savons capable) avait qualifiée du nom de *Peste moderne*.

thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes ».

Cette proposition avait été acceptée *à l'unanimité* par l'Académie de médecine. Mais elle n'en attend pas moins sa sanction, qu'elle attendra sans doute longtemps encore.

(V. A. Fournier, *Prophylaxie de la syphilis*, Bulletin de l'Acad. de méd. 1887.)

Préparer les voies à de tels résultats est une ambition qui m'a toujours obsédé.

La démonstration de la grande vérité que j'ai essayé de mettre en lumière dans ce qui précède ira-t-elle à ce but par une voie indirecte? Je ne le sais, mais je voudrais l'espérer. En tout cas, c'est un effort que j'ai tenté en ce sens par la publication de ce livre, pour avoir le droit de venir dire à mes confrères, à nos hygiénistes, à nos gouvernants : « Prenez garde! En réalité, la vérole est un ennemi plus redoutable que vous ne le pensez. Elle ne se borne pas à l'ordre des méfaits — déjà si nombreux et si terribles cependant — qu'on lui attribuait jusqu'ici. De par l'observation contemporaine, elle comporte en surplus, en supplément, d'autres dangers plus sérieux encore et plus menaçants; elle est responsable notamment de toute une série d'affections nerveuses des plus graves, dont les types usuels ne s'appellent rien moins que paralysie générale et ataxie. Sa prophylaxie devient donc, à ce titre, un intérêt public, social, et mérite sans doute plus d'attention, plus de souci, plus de sollicitude, qu'on ne lui en a accordé jusqu'à ce jour. »

TABLE DES MATIÈRES

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

27514. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9.